فصل ۱: کلیات و تاریخچه خدمات سلامت در ایران و جهان

لازمه توانمندی جوامع ← رفاه انسان در ابعاد
- جسمی
- روانی
- اجتماعی

یعنی سلامت است.

مفهوم سلامتی
- تحت تأثیر میزان آگاهی و طرز تلقی جوامع با شرایط گوناگون
  - فرهنگی
  - جغرافیایی
- مفهومی پویا و متغیر با زمان

سه هدف اصلی نظام سلامت
- سالم نگه‌داشتن مردم
- درمان بیماران
- محافظت از خانواده‌ها در مقابل فشار مالی ناشی از خدمات سلامت

تاریخچه خدمات سلامت
- در جهان ← ایجاد نظام‌های سلامت سازمان یافته ← از اواخر قرن ۱۹ و با وقوع انقلاب صنعتی
- در ایران
  - تاریخ پزشکی در ایران ← کهن‌ترین تاریخ جهان
  - سه دوره
    - ایران باستان ← در آیین زرتشتیان بهداشت شخصی، همگانی و محیط از وظایف بزرگ مذهبی بود. سه نوع طبیب در اوستا
      - جراح ← با کارد بهبود می‌بخشد.
      - طبیب ← با گیاهان درمان بخش مداوا می‌کند.
      - کاهن ← با کلام الهی شفا می‌دهد.
    - بعد از ورود اسلام
      - تلفیق طب یونانی با ایرانی در این دوره
      - پزشکان مطرح این دوره
        - محمد زکریای رازی: صاحب کتاب الحاوی و طب منصوری
        - علی‌بن اهوازی ارجانی: صاحب کتاب الملکی
        - ابوابراهیم اسماعیل جرجانی: صاحب ذخیره خوارزمشاهی
        - ابوعلی سینا: صاحب کتاب قانونی طب
    - بعد از قرن ۱۹ام

تغییر رویکردهای خدمات سلامت

* به‌دلیل پیشرفت‌های پزشکی در قرن بیستم، بیماران مدت طولانی‌تری زنده می‌مانند، که خود این باعث تحمیل هزینه‌های بیشتری به جامعه می‌شود. این هزینه‌ها شامل:
- پول
- نیروی انسانی
- تجهیزات

است.

- پیشگیری:
  - کاهش هزینه‌ها
  - کاهش رنج و ناتوانی ناشی از بیماری و افزایش طول عمر همراه با سلامتی
  - بعضی بیماری‌ها قابل پیشگیری‌اند ولی درمان ندارند. (مانند ایدز)

* مفاهیم سلامتی و بیماری

• سلامتی: در بسیاری از فرهنگ‌ها به معنی «بیمار نبودن» است.
- یک حق بشری
- یک هدف اجتماعی

بنابراین ←
- برای تأمین نیازهای اساسی انسان‌ها لازم است.
- باید برای همه انسان‌ها در دسترس باشد.

- تعریف سازمان جهانی بهداشت از سلامتی (۱۹۸۴): «سلامتی برخورداری از رفاه کامل جسمانی، روانی و اجتماعی و نه فقط نبود بیماری و ناتوانیست.»
- در چند سال اخیر رفاه در بعد معنوی نیز به این تعریف اضافه شده.

- اختلال در سلامت:
  - حوزه پزشکی ← بیماری
  - حوزه ذهنی ← ناخوشی
  - حوزه کارکردی ← کسالت (مریضی)

• بیماری (disease) ← نقطه مقابل ease ← عدم وجود راحتی): «انحراف از حالت طبیعی جسمی، روانی و اجتماعی که همراه با یکسری علائم و نشانه‌های مشخص ناشی از عامل ایجادکننده است.»
• ناخوشی (illness): فرد **احساس می‌کند** جایی از بدنش بر اثر بیماری درست کار نمی‌کند.
• مریضی (کسالت): اختلال در کاربردهای ذهنی و جسمی فرد که منجر به اختلال در کارکردهای اجتماعی فرد می‌گردد.

نهضت جهانی در سلامت عمومی

- **جنبش بزرگ بهسازی:** مشکلات جدید سلامت، ناشی از انقلاب صنعتی منجر به تدوین «قانون سلامت عمومی» شد ← (پیامد آن) پذیرش مسئولت مستقیم در سلامتی مردم توسط دولت

- تحولات ناشی از این جنبش:
  - وضع مقررات بهسازی محیط
  - ارتقاع سلامت عمومی از طریق ارتقاء سلامت فردی
  - گسترش مباحث سلامت عمومی در محیط‌های دانشگاهی ← (پیامد آن) تعریف سلامت عمومی به عنوان: «علم و هنر، (۱) پیشگیری از بیماری، (۲) طولانی کردن عمر و (۳) ارتقای سلامت و کارایی از طریق تلاش سازمان یافته جامعه.»

مهندسی اجتماعی برای سلامت عموم

- قرن بیستم
  - کاهش بیماری‌های عفونی
  - افزایش بیماری‌های غیرواگیر و مزمن ← عوامل زمینه‌ساز آن
    - الگوهای رفتاری (مثل سیگار و الکل)
    - الگوهای تغذیه‌ای
    - الگوی زندگی
    - ← ارتباط بسیار نزدیک با وضعیت اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی افراد جامعه
- برای کنترل این بیماری‌ها نیاز به بازنگری و جهت‌دهی اهداف اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی است. ← ارتباط بسیار نزدیک با وضعیت اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی افراد جامعه
  - ← مهندسی اجتماعی

- **سلامتی برای همه** ← کشورهای سازمان ملل سال ۱۹۸۱ خود را به برنامه «سلامتی برای همه» متعهد نمودند.

* عدالت در سلامت

- مفهوم
  - برابری در **دسترسی** به خدمات سلامت
  - برابری در **برخورداری و مصرف** خدمات سلامت
  - برابری در **فرصت‌های سالم زیستن** ← مصداق واقعی عدالت در سلامت
- *تضمین عدالت در برخورداری از خدمات سلامت وابسته به*
  - رعایت برخورداری از خدمات متناسب با نیاز (افراد بیمارتر برخورداری بیشتر)
  - رعایت مشارکت مالی مردم برحسب تمکن و فارغ از میزان مصرف خدمات

تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت

- ریشه بی‌عدالتی در سلامت
  - نابرابری در قشر بند اجتماعی
  - بی‌عدالتی سیاسی
    - بیرون از محدوده اختیارات نظام سلامت
  - ← اهمیت بالای محیط اجتماعی بر وضعیت سلامت ← تغییر سیاست‌های سلامت عمومی از شکل فردی به شکل نگاه جامعه‌شناسی ← تفاوت سلامت بین افراد از نظر وضعیت سلامتی، براساس وضعیت اجتماعی تفسیر و توجیه شود.
- شامل
  - اشتغال
  - سبک زندگی
  - حمایت اجتماعی
  - پوشش بیمه
  - سطح سواد
  - وضعیت محیط کار

سؤالات برگزیده کلیات و تاریخچه خدمات سلامت در ایران و جهان

۱- فردی با اظهار ناراحتی و شکایت از علائمی که می‌تواند نشانه ابتلا به سرطان سینه باشد مراجعه می‌کند و در بررسی‌های بیشتر مشخص می‌شود که هیچگونه عارضه‌ای ندارد. در این حالت کدام واژه مناسب است؟ (علوم پایه پزشکی - اسفند ۱۴۰۰)

الف) Disease
ب) Illness
ج) Ill health
د) Discomfort

پاسخ: بیماری (Disease): انحراف از حالت طبیعی جسمی، روانی و اجتماعی که همراه با یکسری علائم و نشانه‌های مشخص ناشی از عامل ایجاد کننده است (گزینه الف). ناخوشی (Illness): فرد احساس می‌کند جایی از بدنش بر اثر بیماری درست کار نمی‌کند (گزینه ب). Ill health: اگر فردی علائمی را اظهار کند و بعد از تجسس بیشتر مثلاً انجام آزمایش بیماری وی به اثبات برسد (گزینه ج). (در رفرنس جدید واژه Ill health نیامده.) مریضی (کسالت): اختلال در کاربردهای ذهنی و جسمی فرد که منجر به اختلال در کارکردهای اجتماعی فرد می‌گردد.

پاسخ: ب)

۲- کلیه عبارات زیر در مورد مفاهیم و تعاریف «سلامت» صحیح است، بجز: (علوم پایه پزشکی - شهریور ۱۴۰۰)

الف) مفهوم سلامتی یک مفهوم مطلق نیست.
ب) مفهوم سلامت تحت تأثیر زمان قرار می‌گیرد.
ج) تعریف سلامت از شرایط گوناگون فرهنگی تأثیر نمی‌پذیرد.
د) تعریف سلامت از میزان آگاهی افراد تأثیر می‌پذیرد.

پاسخ: ارجاع به صفحه ۱، قسمت مفهوم سلامتی

پاسخ: ج)

۳- کدام‌یک از گزینه های زیر واژه «مریضی (کسالت)» را بهتر توصیف می‌کند؟ (تألیفی)

الف) اختلال در کارکردهای ذهنی و جسمی فرد که منجر به اختلال در کارکردهای اجتماعی فرد می‌گردد.
ب) فرد احساس می‌کند جایی از بدنش بر اثر بیماری درست کار نمی‌کند.
ج) انحراف از حالت طبیعی جسمی، روانی و اجتماعی که همراه یک سری علائم و نشانه‌های مشخص است.
د) عدم برخورداری از رفاه کامل جسمانی، روانی و اجتماعی.

پاسخ: الف)

۴- کدام‌یک از گزینه‌های زیر مصداق واقعی «عدالت در سلامت» است؟ (تألیفی)

الف) برابری در دسترسی به خدمات سلامت
ب) برابری در برخورداری و مصرف خدمات سلامت
ج) برابری در فرصت‌های سالم زیستن
د) برابری در پرداخت هزینه‌های سلامت

پاسخ: مراجعه به صفحه ۳، قسمت عدالت در سلامت.

پاسخ: ج)

۵- مهندسی اجتماعی به چه معناست؟ (تألیفی)

الف) ایجاد زیرساخت‌های لازم برای رعایت عدالت در ارائه خدمات سلامت
ب) بازنگری و جهت‌دهی اهداف اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی برای کنترل بیماری‌ها
ج) ارائه خدمات با کیفیت و ارتقاء کیفیت خدمات در طول زمان
د) ارتقاء سلامت جامعه با افزایش آگاهی و تغییر نگرش افراد

پاسخ: ارجاع به صفحه ۳، قسمت مهندسی اجتماعی برای سلامت عموم

پاسخ: ب)

۶- کدام‌یک از گزینه‌های زیر جزء سه هدف اصلی نظام سلامت نیست؟ *(تألیفی)*

الف) سالم نگه داشتن مردم
ب) محافظت در برابر فشار مالی ناشی از خدمات سلامت
ج) درمان بیماران
د) کنترل بهسازی محیط زیست

پاسخ: د)

۷- پیامد «قانون سلامت عمومی» کدام گزینه می‌باشد؟ *(تألیفی)*

الف) نوین شدن نظام بهداشت و درمان
ب) پذیرش مسئولیت مستقیم در سلامتی مردم توسط دولت‌ها
ج) ایجاد زیرساخت‌های مراقبت‌های بهداشتی اولیه
د) کاهش قیمت خدامت سلامت برای اقشار ضعیف جامعه

پاسخ: ب)

فصل ۱: مفاهیم سلامت، بیماری و سطوح پیشگیری

تعاریف سلامت

۱- اساس‌نامه ۱۹۴۸ سازمان جهانی بهداشت: «رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی و نه فقط نبود بیماری» ← غیرقابل دسترس

۲- قدرت تطابق فرد با همه تقاضاهای زندگی روزمره

۳- وضعیت تعادل بین فرد و محیط فیزیکی و اجتماعی‌اش.

۴- فرد سالم فردی است که در جامعه منشأ تولید و درآمدزایی است. ← بیشتر بُعد اقتصادی

ابعاد سلامت

- بُعد جسمی ← وجود عملکرد مناسب ارگان‌های بدن

- بُعد روانی
  - تعادل روانی
  - واکنش مناسب به تغییرات محیطی و مشکلات زندگی
  - نداشتن بیماری‌های روانی

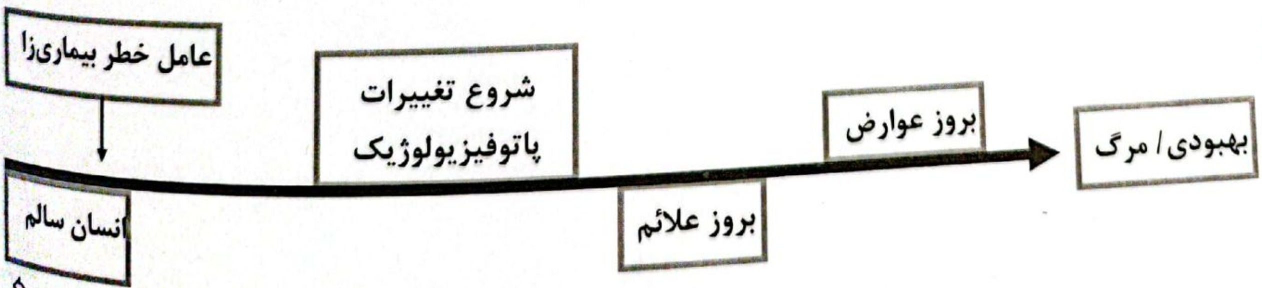
- بُعد اجتماعی
  - ارتباط سالم افراد جامعه با هم
  - تعادل مردم با نهادهای اجتماعی
  - مشارکت در فعالیت‌های اجتماعی

- بُعد معنوی ← افرادی که اعتقاد به خداوند دارند از سلامت بهتری برخوردارند. در این افراد پذیرش بیماری و یا مرگ راحت‌تر است و افسردگی و خودکشی کمتر.

※ ابعاد مختلف سلامت با هم ارتباط تنگاتنگی دارند و روی هم اثر گذارند.

*** سطوح پیشگیری**

- عامل خطر ← عاملی است که وجود آن احتمال بروز بیماری را افزایش می‌دهد.
  - میکروارگانیسم
  - عوامل اقتصادی - اجتماعی
  - سبک زندگی
  - یک رفتار
  - عوامل محیطی



شکل ۱-۲. طیف سلامت و بیماری

* سطوح پیشگیری

- پیشگیری سطح ابتدایی ← هدف عدم شکل‌گیری عامل خطر است
  - ۱- بهسازی محیط
  - ۲- افزایش دانش و آگاهی
  - ۳- ریشه‌کنی بیماری‌ها (مثل آبله)

- پیشگیری سطح اول ← هدف جلوگیری از ایجاد بیماری است ← از بین بردن یا کنترل اثر عامل خطر
  - ۱- از بین بردن عامل خطر (مثلا با مواد ضدعفونی کننده)
  - ۲- استفاده از وسایل محافظتی (مثل ماسک، گان، کرم ضدآفتاب و ...)
  - ۳- مصونیت افراد در مقابل عامل خطر (مثل واکسیناسیون)

- پیشگیری سطح دوم
  - کشف بیماری در مراحلی که تغییرات پاتوفیزیولوژیک آغاز شده ولی بیماری علامتی ندارد (مرحله پیش بالینی یا نهفتگی بیماری) ← اغلب با روش‌های غربالگری. با هدف جلوگیری یا کنترل بروز علائم
  - **مثال‌ها**
    - دیابت
      - افراد خطر بالا
        - سابقه فامیلی
        - یا
        - BMI > ۲۵
        - ← بررسی از ۳۰ سالگی
      - سایر افراد ← بررسی از ۴۵ سالگی
      - ↓ بررسی با آزمایش قندخون ناشتا یا هموگلوبین A1C
    - تشخیص سرطان دهانه رحم با تست پاپ اسمیر یا HPV در مراحل اولیه و قبل از دست‌اندازی به بافت‌ها
    - غربالگری کم‌کاری تیروئید و فنیل‌کتونوریا برای همه نوزادان در کشور ← جلوگیری از عقب‌ماندگی ذهنی آنها
    - غربالگری دمانس در سالمندان با استفاده از پرسشنامه مینی تست دمانس
    - غربالگری تنبلی چشم یا آمبلیوپی در سنین ۴ تا ۶ سالگی
      - درمان قبل ۶ سالگی: بستن چشم سالم برای مدتی
      - درمان در سنین بالاتر: جراحی

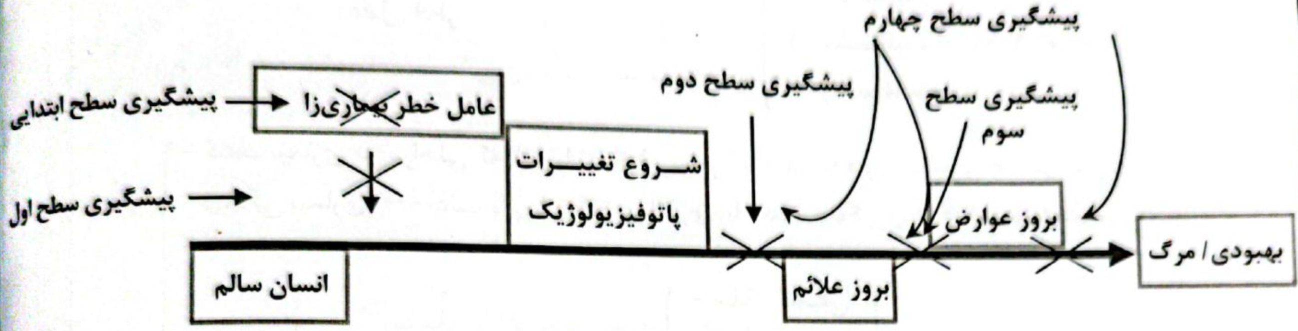
- پیشگیری سطح سوم ← فرد با علائم مراجعه کرده ← هدف: (۱) درمان، (۲) پیشگیری از عوارض و (۳) توانبخشی (در صورت نیاز، مثل بیماری سکته مغزی یا عدم تحریک طولانی‌مدت)

- پیشگیری سطح چهارم ← هدف پیشگیری از تشخیص و درمان‌های غیرضروری و (over-diagnosis&over-treatment) است. مواردی مثل استفاده بیهوده از آنتی‌بیوتیک یا استفاده زودرس از اندوسکوپی یا سی‌تی‌اسکن و ...
  - ↙ تحمیل هزینه اضافه به نظام سلامت
  - عارضه متعدد در مراجعین

*** سطوح پیشگیری**

بنابراین ← **نیاز به تدوین راهنماهای بالینی**
- بیان معیارهای تشخیص
- تبیین مراحل درمان

* **درمان یک بیمار سل که با خلط خونی آماده مراجعه نموده**
- برای بیمار ← پیشگیری سطح سوم
- برای اطرافیان بیمار ← پیشگیری سطح اول



شکل ۲-۲. سطوح پیشگیری

سؤالات برگزیده مفاهیم سلامت، بیماری و سطوح پیشگیری

۱- کدام‌یک از موارد زیر «پیشگیری ثالثیه» محسوب می‌شود؟ *(علوم پایه پزشکی - دی ۹۹)*

الف) ارتقا سلامت ب) غربالگری ج) جلوگیری از ناتوانی د) تشخیص و درمان زودرس

پاسخ: مراجعه به صفحه ۷، قسمت سطوح پیشگیری.

پاسخ: ج)

۲- معاینه بالینی پستان و بستن کمربند ایمنی در خودرو به ترتیب چه سطحی از پیشگیری محسوب می‌شوند؟ *(علوم پایه پزشکی - شهریور ۱۳۹۹)*

الف) ثانویه، اولیه ب) ثانویه، ثانویه ج) اولیه، ثانویه د) اولیه، اولیه

پاسخ: الف)

۳- در دهه ۷۰ میلادی ارتباط مصرف داروی تالیدومید توسط مادر با ناهنجاری‌های اندام در جنین اثبات گردید. از آن زمان تالیدومید جزء داروهای غیرمجاز در دوران بارداری قرار گرفته است. ورود این دارو به فهرست داروهای غیرمجاز در دوران بارداری جزء کدام‌یک از سطوح پیشگیری محسوب می‌شود؟ *(علوم پایه پزشکی - آذر ۱۳۹۸)*

الف) نخستین ب) اول ج) دوم د) سوم

پاسخ: ب)

۴- کدام جمله زیر غلط است؟ *(تألیفی)*

الف) تعریف سلامت در اساس‌نامه سازمان جهانی بهداشت، غیرقابل دسترسی است.
ب) افرادی که اعتقاد به خدا دارند از سلامت بهتری برخوردارند.
ج) ابعاد مختلف سلامت روی هم اثر گذارند.
د) درآمد زایی در تعاریف سلامت جایی ندارد.

پاسخ: طبق یکی از تعاریف سلامت، فرد سالم فردی است که در جامعه منشأ تولید و درآمدزایی است.

پاسخ: د)

۵- کدام‌یک از گزینه های زیر جزئی از پیشگیری ابتدایی نیست؟ **(تالیفی)**

الف) بهسازی محیط　ب) از بین بردن عامل خطر　ج) افزایش دانش و آگاهی　د) ریشه‌کنی بیماری‌ها

پاسخ: اجزای پیشگیری ابتدایی: بهسازی محیط، افزایش دانش و آگاهی، ریشه کنی بیماری‌ها (مثل آبله). از بین بردن عامل خطر، جزئی از پیشگیری اولیه می‌باشد.

پاسخ: ب)

۶- پیشگیری سطح چهارم از بروز کدام‌یک از گزینه‌های زیر جلوگیری می‌کند؟ **(تالیفی)**

الف) تحمیل هزینه اضافه به نظام سلامت　ب) ایجاد علائم بیماری
ج) ایجاد عوارض بیماری　د) آلوده شدن انسان با پاتوژن

پاسخ: الف)

۷- غربالگری جزء کدام‌یک از سطوح پیشگیری می‌باشد؟ **(تالیفی)**

الف) ابتدایی　ب اول　ج) دوم　د) سوم

پاسخ: ج)

۸- هدف در پیشگیری سطح سوم همه موارد زیر است بجز: **(تالیفی)**

الف) درمان　ب) پیشگیری از عوارض بیماری
ج) توانبخشی　د) پیشگیری از ایجاد عوارض ناشی از درمان

پاسخ: پیشگیری از عوارض ناشی از درمان و ایجاد عوارض متعدد در مراجعین، پیشگیری سطح چهارمند.

پاسخ: د)

۹- درمان یک بیمار مبتلا به سل که با خلط خونی مراجعه کرده برای خود بیمار و اطرافیانش به ترتیب کدام سطوح از پیشگیری است؟ **(تالیفی)**

الف) سطح سوم - سطح دوم　ب) سطح دوم - سطح سوم　ج) سطح سوم - سطح اول　د) سطح دوم - سطح اول

پاسخ: ج)

فصل ۳: سلامتی به‌عنوان حق عمومی

سلامتی و توسعه
- رشد اقتصادی مهم ترین عامل در توسعه جوامع و مهم ترین عامل اجتماعی تأثیرگذار بر سلامت است.
- هر ۱۰٪ افزایش امید به زندگی در بدو تولد حداقل منجر به رشد اقتصادی در حد ۰/۳ تا ۰/۴ می‌شود.

* در نظر گرفتن تأمین سلامتی انسان ها به عنوان حق برای او ← مدافع دیگر حقوق او در جوامع مثل غذا، پوشاک، مسکن و غیره است زیرا نادیده گرفته شدن هر کدام از این حقوق، مانع تأمین سلامتی است.
- بیانیه آلما آتا (سال م. ۱۹۷۸): تصویب موضوع سلامتی به‌عنوان حق عمومی و ضرورت تأمین آن توسط دولت‌ها. شعار سلامتی برای همه (Health for all) برای اولین بار در این بیانیه مطرح شد.

* سلامتی یک مقوله اجتماعی است و مهم‌ترین عوامل تعیین کننده سلامتی عوامل اجتماعی می باشند.
- عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت ← تحصیلات، اشتغال، آب آشامیدنی سالم و ... ← تأمین همه آنها تنها از عهده دولت هر کشور برخواهد آمد.

مراقبت‌های سلامت در تأمین سلامت
- مراقبت‌های سلامت ارائه شده در مورد تشخیص بیماری‌ها در نظام ← تأمین‌کننده حداکثر ۲۵٪ از سهم سلامت
- عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت ← بیش از ۵۰٪ تعیین‌کننده سلامت

- چالش‌های توسعه: مثال ← رونق تولید باعث رشد اقتصادی جامعه می‌شود ولی خود می‌تواند باعث آلوده شدن محیط زیست شود
← کند شدن یا حتی کاهش روند توسعه ——راه حل——← **اقتصاد سبز:** توسعه بدون آسیب به محیط زیست طبیعی و محیط زیست اجتماعی و روابط انسانی

استراتژی تأمین سلامت برای همه

- نظام مراقبت‌های اولیه سلامت (Primary Health Care (PHC)) ←مراقبت‌های پایه و ضروری ← باعث کنترل بیماری‌ها و افزایش امید به زندگی
  - در دسترس
  - قابل تأمین از نظر هزینه
  - مورد پذیرش جامعه (مقبولیت)

اصول ارائه مراقبت‌های سلامت
- عدالت ← مهم‌ترین اصل در تأمین حقوق انسان‌ها
- تناسب ← توزیع خدمات سلامت متناسب با نیاز افراد
- دسترسی
  - تمام افرادی که به خدمات سامت نیاز دارند بتوانند از آن استفاده کنند و توان اقتصادی دریافت مراقبت سلامتی را داشته باشند.
  - تأمین خدمات از نظر هزینه برای افراد جامعه باید به‌صورت مستمر ممکن باشد.
  - مراقبت‌ها باید در طول زمان ارائه شوند. اگر به‌صورت مقطعی ارائه شوند از عدم ارائه مراقبت‌ها در ابتدا بدتر است زیرا در حالت اول اعتماد عمومی مخدوش می‌شود و دیگر مراقبت‌ها مورد پذیرش قرار نخواهند گرفت.

۱۰

تناسب و کارآرائی

- خدمات باید متناسب با نیاز باشد.
- سطوح مختلف اثرگذاری
  - ۱- اثرگذاری (Efficacy) ← تأثیر در شرایط مطالعاتی و ایده‌آل بر روی نمونه منتخب
  - ۲- اثربخشی (Effectiveness) ← اثر در شرایط عادی و بر روی عموم
  - ۳- کارائی (Efficiency) ← بیشترین تأثیر با کمترین هزینه

اصل مشارکت چندبخشی

- مشارکت جامعه
  - تعیین مشکلات سلامت
  - اولویت‌بندی مشکلات
  - تعیین راهبرد برای حل مشکلات
  - ارائه مراقبت‌ها و اجرای برنامه‌ها
- جامع بودن ← پاسخ برای مشکلات مختلف سلامتی افراد و جامعه باید **با هم ارائه شود** ← منجر به افزایش کارائی. خدمات باید به‌صورت مبتنی بر خانواده و جامعه ارائه شود.

* پاسخ‌گویی به نیازها

- انواع نیازها
  - **نیازهای ضروری:** براساس شواهد و مستندات علمی
  - **نیازهای درک شده:** اگر فرد دارای نیاز سلامت از این نیاز خودآگاه باشد، در این مرحله است.
  - **نیازهای بیان شده (تقاضا):** نیازهای درک شده‌ای که منجر به درخواست دریافت خدمات سلامت شده. بیشتر مراقبت‌های سلامت به‌عنوان پاسخ به تقاضای افراد ارائه می‌شود.
  - **نیازهای القائی/ رقابتی:** این نیازها از نظر علمی ضروری نبوده و منجر به ارتقاء سلامت فرد نمی‌شود و به‌دلیل مشاهده در گروه‌های همسان ایجاد شده.
- روند پاسخ‌گویی به نیازها در نظام‌های سلامت
  - **نظام‌های سلامت غیرنوین**
    - مراقبت‌های درمانی براساس تقاضاست.
    - انبوه مراکز درمانی و تشخیصی و تجهیزات وجود دارد و با این حال، تقاضای بالا هنوز پابرجاست.
    - واردات تجهیزات پیشرفته و تأسیس مراکز درمانی جدید هم معمولاً تقاضای القایی به همراه خواهد داشت به‌ویژه اگر نظام پرداخت هزینه‌های سلامت ناکارآمد باشد ← بستر مناسب برای ارائه مراقبت‌های سلامت غیرکارآمد اما سودآور برای ارائه‌دهندگان
  - نظام‌های سلامت نوین
    - نیازهای ضروری در اولویت‌اند.
    - برنامه‌ریزی جهت آگاه‌سازی جامعه
    - نیازهای پیشگیرانه نیز در اولویت‌اند حتی اگر تقاضایی برای آنها وجود نداشته باشد.
    - ارائه مراقبت‌های سلامت برای عموم مردم با کمترین هزینه و دسترسی حداکثر
    - سطح‌بندی خدمات سلامت و طراحی **نظام ارجاع**
    - ارائه مراقبت براساس رویکرد پزشک خانواده و مسئول سلامت جمعیت

    (دو مورد اخیر) **باعث** ← فراهم شدن خدمات تخصصی برای افرادی که واقعاً به آن نیاز دارند.



سؤالات برگزیده سلامتی به‌عنوان حق عمومی

۱- مهم‌ترین عامل اجتماعی تاثیرگذار بر سلامت چیست؟ (تالیفی)

الف) سطح سواد
ب) رشد اقتصادی
ج) عدالت اجتماعی
د) بهسازی محیط

پاسخ: ب)

۲- شعار سلامتی برای همه (Health For All) در کدام‌یک از کنفرانس‌های زیر برای اولین بار مطرح شد؟ (تالیفی)

الف) کنفرانس آلماآتا ۱۹۷۸
ب) کنفرانس اوتاوا ۱۹۸۶
ج) کنفرانس جاکارتا ۱۹۹۷
د) کنفرانس بانکوک ۲۰۰۵

پاسخ: الف)

۳- کدام‌یک از عوامل زیر مهمترین تعیین کننده سلامت هستند؟ (تالیفی)

الف) عوامل اقتصادی
ب) عوامل اجتماعی
ج) عوامل سیاسی
د) عوامل انسانی

پاسخ: ب)

۴- واژه‌ی «اثربخشی (Effectiveness)» به چه معناست؟ (تالیفی)

الف) تأثیر در شرایط مطالعاتی و روی نمونه منتخب
ب) اثر در شرایط عادی و بر روی عموم
ج) بیشترین اثر با کمترین هزینه
د) هیچکدام

پاسخ: اثرگذاری (Efficacy)← تأثیر در شرایط مطالعاتی و ایده‌آل بر روی نمونه منتخب (گزینه الف). اثربخشی (Effectiveness)← اثر در شرایط عادی و بر روی عمومی (گزینه ب). کارائی (Efficiency) ← بیشترین تأثیر با کمترین هزینه (گزینه د).

پاسخ: ب)

۵- جامع بودن خدمات سلامت به چه معناست؟ (تالیفی)

الف) ارائه تمامی خدمات سلامت در تمامی مراکز
ب) ارائه خدمت به تمامی متقاضیان
ج) مداخله برای تمامی مشکلات سلامت بیمار
د) ارائه پاسخ برای تمامی مشکلات سلامتی افراد و جامعه همراه با هم

پاسخ: جامع بودن ← پاسخ برای مشکلات مختلف سلامتی افراد و جامعه باید با هم ارائه شود ← منجر به افزایش کارائی. خدمات باید به صورت مبتنی بر خانواده و جامعه ارائه شود.

پاسخ: د)

۶- فردی به‌دلیل درد کمر به پزشک مراجعه می‌کند. نیاز او برای دریافت خدمات سلامت چه نوع نیازی می‌باشد؟ (تالیفی)

الف) نیاز ضروری
ب) نیاز درک شده
ج) نیاز بیان شده (تقاضا)
د) نیاز القائی / رقابتی

پاسخ: مراجعه به صفحه ۱۱، قسمت انواع نیازها.

پاسخ: ج)

۷- کدام گزینه جزو ویژگی‌های نظام‌های سلامت غیرنوین نیست؟ (تالیفی)

الف) مراقبت‌های درمانی براساس تقاضاست.
ب) انبوه مراکز درمانی و تشخیصی وجود دارد.
ج) بستر مناسبی برای ارائه خدمات سودآور برای ارائه دهندگان است.
د) نیازهای ضروری در اولویت‌اند.

پاسخ: در نظام‌های سلامت نوین نیازهای ضروری در اولویت‌اند.

پاسخ: د)

۸- کدام گزینه جزو ویژگی‌های نظام‌های سلامت نوین نیست؟ *(تالیفی)*

الف) مراقبت‌های درمانی براساس تقاضاست.

ب) برنامه‌ریزی جهت آگاه‌سازی جامعه انجام می‌شود.

ج) نیازهای پیشگیرانه در اولویت‌اند حتی اگر تقاضایی برای آنها وجود نداشته باشد.

د) نیازهای ضروری در اولویت‌اند.

پاسخ: در نظام‌های سلامت نوین نیازهای ضروری در اولویت‌اند، برنامه‌ریزی جهت آگاه‌سازی جامعه، نیازهای پیشگیرانه نیز در اولیت‌اند حتی اگر تقاضایی برای آنها وجود نداشته باشد، ارائه مراقبت‌های سلامت برای عموم مردم با کمترین هزینه و دسترسی حداکثر، سطح‌بندی خدمات سلامت و طراحی نظام ارجاع، ارائه مراقبت براساس رویکرد پزشک خانواده و مسئول سلامت جمعیت

پاسخ: الف)

۹- کدام‌یک از موارد زیر باعث فراهم شدن خدمات تخصصی برای افرادی که واقعاً به آنها نیاز دارند می‌شوند؟ *(تالیفی)*

الف) اقدامات پیشگیرانه
ب) نظام ارجاع و رویکرد پزشک خانواده
ج) ارائه مراقبت‌های درمانی براساس تقاضا
د) ارائه مراقبت‌های سلامت برای عموم و با کمترین هزینه

پاسخ: ب)

فصل ۱۴: نظام‌های سلامت در ایران و جهان

- مبنای شکل‌گیری سازمان‌ها و نهادها در جامعه ← پاسخ‌گویی به نیازهای جامعه (مثل نیاز به سلامتی)

سلامتی به‌عنوان حقوق انسانی

- *اعلامیه جهانی حقوق بشر* ← هر کسی حق دارد استانداردهای کافی زندگی از نظر سلامت و رفاه برای خود و خانواده‌اش داشته باشد.
- *اساس‌نامه سازمان جهانی بهداشت* ← سلامتی حق مثبتی است که مردم می‌توانند آن را مطالبه کنند و دولت‌ها مکلف به تأمین آن هستند.
- *بیانه آلما آتا* ← حق سالم زیستن مهم‌ترین هدف اجتماعی

شکل‌گیری ساختاری نظام‌های سلامت

- *یک قرن قبل* ← شکل‌گیری نظام‌های سلامت سازمان یافته **با هدف فایده رساندن به کل جامعه**
- *چند نمونه تاریخی*
  - آلمان (۱۸۸۲) ← کارفرمایان موظف شدند کارگران خود را برای خدمات بهداشتی درمانی تحت پوشش قرار دهند.
  - نیوزیلند (۱۹۳۸) ← اولین کشوری که نظام ملی خدمات سلامت را ارائه نمود.
- نظام‌های سلامت امروزه الگویی از یک یا چند طراحی اولیه‌اند که در اواخر قرن ۱۹ شکل گرفت و به‌تدریج اصلاح شد.
- *الگوها*
  - الگوی اول ← پوشش اکثریت یا همگانی جمعیت از طریق پرداخت اجباری به صندوق‌های بیمه
  - الگوی دوم ← ارائه خدمات درمانی به‌صورت مرکزگرا و عمدتاً متکی بر درآمدهای مالیاتی و به‌عهده دولت
  - الگوی سوم ← مشارکت دولت‌ها محدودتر ولی هنوز قابل توجه است و معمولاً تنها برخی گروه‌های خاص جمعیتی را پوشش می‌دهد و سایر افراد جمعیت به‌صورت خصوصی خدمت را دریافت می‌نماید. به‌طور عمده در کشورهای ثروتمند.

اهداف و عملکرد نظام سلامت

- *اهداف*
  1. ارتقای سلامت: فلسفه وجودی تمام نظام‌های سلامت
  2. پاسخ‌گویی: پاسخ‌گویی به مطالبات غیربهداشتی درمانی مانند رعایت حرمت و کرامت انسانی افراد، کاهش آسیب به شأن، استقلال منزلت آنان، علاوه بر مطالبات بهداشتی درمانی.
  3. مشارکت مالی عادلانه در پرداخت هزینه‌های خدمات سلامت: مشارکت مالی برحسب تمکن مالی افراد، فارغ از میزان مصرف خدمات سلامت
  4. سودمندی (کارآمدی) خدمات: در کنار مقدار هزینه کردن در نظام‌های سلامت توسط هر کشور، نحوه هزینه کردن و تخصیص منابع در میزان هزینه‌ها مؤثر بوده و تعیین‌کننده کارآمدی نظام سلامت است.

اهداف و عملکرد نظام سلامت

- عملکرد

۱- ارائه خدمات سلامت: اصلی‌ترین و ملموس‌ترین عملکرد نظام سلامت

۲- تولیّت: به مفهوم مسئولیت و پاسخ‌گویی در قبال سلامت جامعه به همراه **اختیارات** مناسب با این مسئولیت است.

- سیاست‌گذاری در حوزه سلامت
- حاکمیت درون بخشی در بخش سلامت
- رهبری بین بخشی در موضوعات مربوط به سلامت

۳- خلق منابع: نظام سلامت نیازمند منابعی همچون نیروی انسانی با صلاحیت، تجهیزات و دانش فنی است. در بسیاری از این موارد، تأمین و ایجاد این منابع توسط خود نظام سلامت انجام می‌پذیرد.

۴- تأمین و تخصیص مالی: نظام سلامت پول را از منابع مختلف (مالیات، بیمه و ...) تأمین و صرف خدمات سلامت می‌کند.

*** انواع نظام‌های سلامت**

- دسته‌بندی نظام‌های سلامت براساس نقش دولت در
  - سیاست‌گذاری‌های سلامت
  - ارائه خدمات سلامت
  - تأمین و تخصیص مالی خدمات سلامت

- تقسیم‌بندی Field

- نظام‌های مبتنی بر بازار آزاد (Emergent)
  - قوانین بازار آزاد حاکم است و خدمات سلامت شبیه سایر کالاهای ارائه شده در سایر بازارهاست.
  - محدودیت‌های رقابتی وجود ندارد.
  - کارکرد سیستمی و هماهنگ وجود ندارد و اکثر ارائه‌کنندگان خدمات سلامت به‌صورت انفرادی کار می‌کنند.
  - ضوابط و قوائد حاکم بر این سیستم توسط اتحادیه‌های صنفی تعیین می‌گردد و دولت نقش بسیار کمی در سیاست‌گذاری‌های سلامت دارد.
  - تمامی خدمات سلامت توسط بخش خصوصی ارائه می‌گردد.
  - رابطه مالی ارائه‌کنندگان و گیرندگان خدمت مستقیم است.

- نظام‌های تکثرگرا (Pluralistic)
  - بازار ارائه خدمات نوعی بازار اقتصاد آزاد است ولی توسط اتحادیه‌های صنفی و تاحدودی دولت مدیریت می‌شود.
  - قوائد و ضوابط توسط اتحادیه‌های صنفی تعیین می‌گردد ولی دولت به میزان کم در سیاست‌گذاری‌ها دخالت می‌کند.
  - بخش اعظمی از خدمات توسط بخش خصوصی ارائه می‌گردد ولی دولت درصد کمی از خدمات، به‌ویژه در سطح پیشگیری اولیه، را ارائه می‌دهد.
  - ساختارهای بیمه بیشتر به‌صورت بیمه‌ها خصوصی و رابطه مالی ارائه‌کنندگان و گیرندگان خدمات سلامت هم مستقیم و هم غیرمستقیم.
  - نام دیگر این نظام ← بازارهای مدیریت شده.

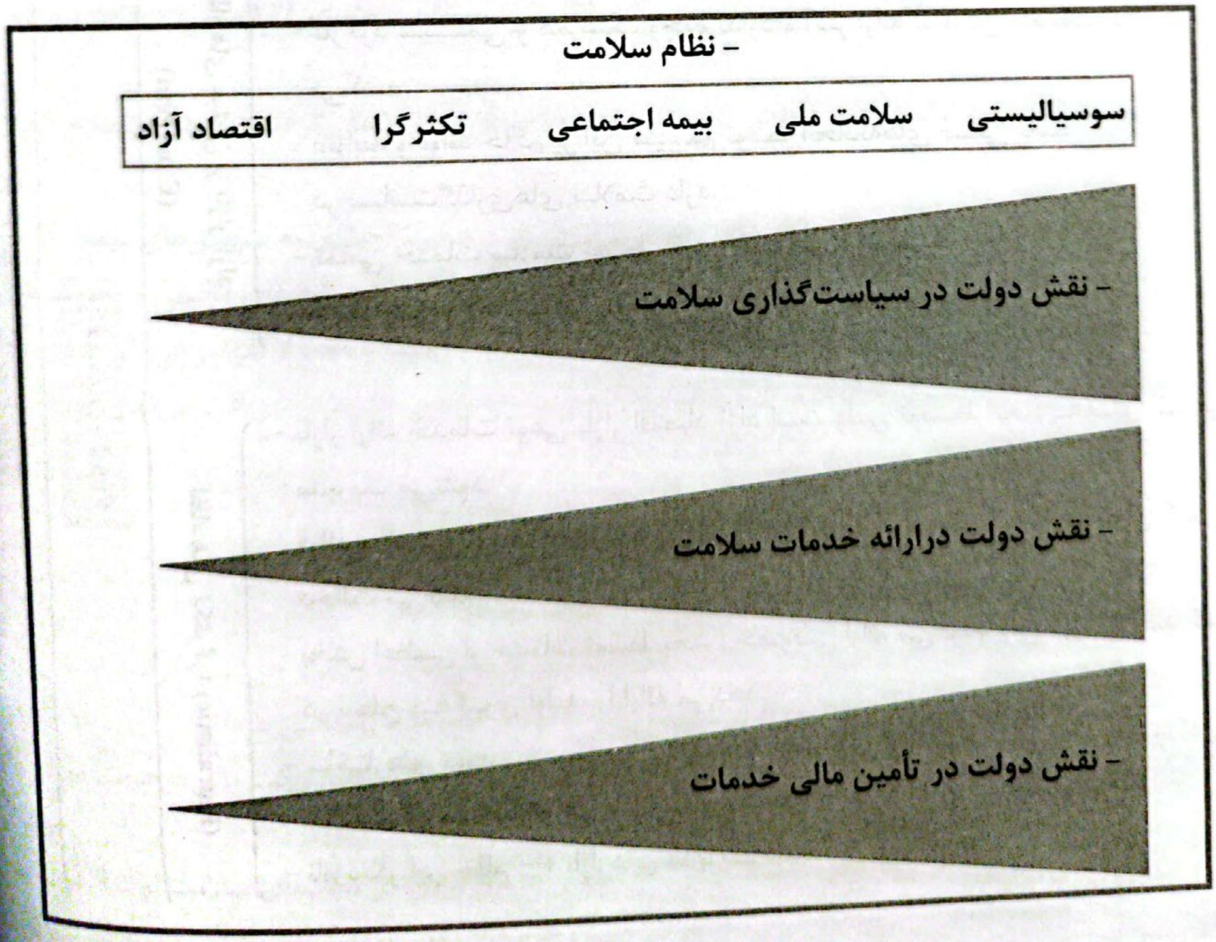
*** انواع نظام‌های سلامت**

- تقسیم‌بندی Field

- نظام‌های مبتنی بر بیمه اجتماعی/ (Insurance/ Social Securiby)
  - نقش دولت به‌ویژه در تأمین و تخصیص مالی خدمات پر رنگ است.
  - دولت نقش کمی در ارائه خدمات سلامت دارد و خدمات بیشتر توسط بیمه‌های درمانی اجتماعی ارائه می‌شوند.
  - نقش اتحادیه‌های صنفی پر رنگ است ولی نه در حد دو نظام تکثرگرا و مبتنی بر بازار آزاد.
  - پزشکان به‌صورت انفرادی یا تحت پوشش اتحادیه فعالیت می‌نمایند.
  - پرداخت هزینه خدمات به‌صورت غیرمستقیم و از طریق بیمه‌های دولتی صورت می‌گیرد.

- نظام‌های خدمات سلامت ملی (Nabional Health Servies)
  - دولت خود ارائه‌کننده خدمات است و بسیاری از پزشکان در بخش دولتی فعالیت می‌کنند.
  - تأمین و تخصیص مالی خدمات توسط دولت و از طریق مالیات است.

- نظام‌های سوسیالیستی (Socialized)
  - در این نظام سلامت، سلامتی حق مردم و دولت تضمین‌کننده و مکلف ارائه خدمات است.
  - همه مراکز ارائه خدمات سلامت دولتی هستند و تمامی کارکنان خدمات سلامت در استخدام دولت.
  - تمامی پرداخت‌ها غیرمستقیم و از طریق مالیات است.



شکل ۱-۴. نقش سه‌گانه دولت در نظام‌های سلامت

*** انواع نظام‌های سلامت**

- تطبیق نظام سلامت ایران با تقسیم‌بندی **Field**
  - سلامتی به‌عنوان حق مردم پذیرفته شده ← منطبق بر ویژگی‌های نظام سوسیالیستی
  - الزامی بر ارائه خدمات سلامت نیست بلکه قانون بیمه همگانی برای مردم ارائه شده ← منطبق بر نظام‌های مبتنی بر بیمه اجتماعی
  - مراقبت‌های سلامت اولیه به‌صورت دولتی ارائه می‌گردد ← منطبق بر نظام خدمات سلامت ملی
  - قسمت عمده‌ای از خدمات سلامت توسط بخش خصوصی ارائه می‌شود ← منطبق بر نظام سلامت تکثرگرا
  - پرداخت قسمت قابل ملاحظه‌ای از هزینه‌ها به‌صورت مستقیم ← منطبق بر نظام مبتنی بر بازار آزاد

نظام سلامت در ایران

- ایجاد نظام ساختارمند خدمات سلامت ← اواخر دوران قاجار ← به همت امیرکبیر و دکتر تولوزان ← ایجاد «هیأت صحیه» ← تشکیل سازمان رسیدگی به امور قرنطینه و واکسیناسیون عمومی
- سال ۱۳۶۴
  - تغییر نام وزارت بهداری به «وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی»
  - اجرای طرح اصلاحات نظام سلامت کشور با نام طرح «تشکیل و استقرار نظام شبکه مراقبت‌های بهداشتی»

اصلاحات در نظام‌های سلامت

- نیازهای سلامت جوامع، به‌دلایلی از جمله دلایل زیر، ایستا نیست و از آنجایی که اصلی‌ترین فلسفه وجود نظام‌های سلامت پاسخ‌گویی به این نیازها است، اصلاحات در این نظام‌ها ضروری‌اند.
- دلایل
  - گذر اپیدمیولوژیک بیماری‌ها و تغییر مشکلات سلامتی
  - گذر جمعیتی و افزایش سالمندان
  - توجه روز افزون به کیفیت زندگی در کنار کمیت آن
  - تغییرات اجتماعی و فرهنگی جوامع ← تغییر
    - عوامل خطر
    - مطالبات مردم در خدمات سلامت
  - تغییرات اقتصادی و نظام و ساختارهای سیاسی کشورها

سؤالات برگزیده نظام‌های سلامت در ایران و جهان

۱- کدام‌یک جزو اهداف نظام سلامت نیست؟ *(تالیفی)*

الف) کارآمدی خدمات
ب) پاسخ گویی به مطالبات غیر بهداشتی درمانی
ج) عدالت اقتصادی
د) ایجاد مراکز جدید ارائه خدمات سلامت

پاسخ: اهداف نظام سلامت: ارتقای سلامت، پاسخ‌گویی به مطالبات غیربهداشتی درمانی مانند رعایت حرمت و کرامت انسانی افراد، مشارکت مالی عادلانه در پرداخت هزینه‌ها و سودمندی (کارآمدی) خدمات.

پاسخ: د)

۲- کدام‌یک جزو عملکردهای نظام سلامت نیست؟

الف) تأمین و تخصیص مالی   ب) خلق منابع   ج) تولیت   د) بهسازی محیط

پاسخ: عملکردهای نظام سلامت: ارائه خدمات سلامت، تولیت، خلق منابع و تأمین و تخصیص مالی

پاسخ: د)

۳- نظام‌های سلامت در تقسیم بندی Field بر چه اساسی دسته‌بندی نمی‌شوند؟

الف) نقش دولت در سیاست گذاری های سلامت   ب) نقش دولت در ارائه خدمات سلامت

ج) نقش دولت در تعیین اختیارات نظام سلامت   د) نقش دولت در تامین و تخصیص مالی خدمات سلامت

پاسخ: در سیستم Field، دسته‌بندی نظام‌های سلامت براساس نقش دولت در سیاست‌گذاری‌های سلامت، ارائه خدمات سلامت، تأمین و تخصیص مالی انجام می‌شود.

پاسخ: ج)

۴- در نظام سلامتی که «محدودیت رقابتی» وجود ندارد، رابطه مالی ارائه کنندگان و گیرندگان خدمات به چه صورت است؟ (تالیفی)

الف) مستقیم   ب) مستقیم و غیرمستقیم ولی بیشتر مستقیم

ج) مستقیم و غیرمستقیم ولی بیشتر غیرمستقیم   د) غیرمستقیم

پاسخ: نظام سلامتی که محدودیت رقابتی در آن وجود ندارد، نظام سلامت مبتنی بر بازار آزاد است که رابطه مالی ارائه‌کنندگان و گیرندگان خدمات سلامت در آن به صورت مستقیم است. مراجعه به صفحه ۱۵، انواع نظام های سلامت.

پاسخ: الف)

۵- ضوابط و قواعد حاکم برا نظام مبتنی بر بازار آزاد توسط کدام ارگان(ها) تعیین می‌گردد؟ (تالیفی)

الف) فقط توسط اتحادیه‌های صنفی

ب) بیشتر توسط اتحادیه‌های صنفی و به مقدار بسیار کمی توسط دولت

ج) توسط اتحادیه‌های صنفی و دولت به میزان یکسان

د) بیشتر توسط دولت و به مقدار بسیار کمی توسط اتحادیه‌های صنفی

پاسخ: ب)

۶- در کدام نوع از نظام‌های سلامت بازار ارائه خدمات نوعی بازار آزاد است ولی توسط اتحادیه‌های صنفی و تا حدودی دولت ارائه می‌شود؟ (تالیفی)

الف) نظام‌های مبتنی بر بازار آزاد (Emergent)   ب) نظام‌های تکثرگرا (Pluralistic)

ج) نظام‌های مبتنی برا بیمه اجتماعی (Social Security)   د) نظام‌های خدمات سلامت ملی (National Health Services)

پاسخ: ب)

۷- در نظام‌های سلامت «بازارهای مدیریت شده» نقش دولت در کدام خدمت زیر بیشتر است؟ (تالیفی)

الف) پیشگیری اولیه   ب) پیشگیری ثانویه   ج) پیشگیری ثالثیه   د) هیچکدام

پاسخ: در نظام‌های سلامت «بازارهای مدیریت شده»، بخش اعظمی از خدمات توسط بخش خصوصی ارائه می‌گردد ولی دولت درصد کمی از خدمات، به ویژه در سطح پیشگیری اولیه، را ارائه می‌دهد.

پاسخ: الف)

۸- در نظام‌های مبتنی بر بیمه اجتماعی دولت‌ها در کدام‌یک از موارد زیر نقش پررنگ‌تری دارند؟ **(تالیفی)**

الف) پیشگیری ب) ارائه خدمات سلامت ج) تأمین و تخصیص مالی خدمات د) هیچکدام

پاسخ: ج)

۹- کدام جمله زیر درباره نظام‌های سلامت نادرست است؟ **(تالیفی)**

الف) در نظام‌های مبتنی بر بازار ازاد، کارکردهای سیستمیک و هماهنگ وجود ندارد.

ب) در نظام‌های تکثرگرا، ساختارهای بیمه بیشتر به صورت بیمه‌های خصوصی است.

ج) در نظام‌های مبتنی بر بیمه اجتماعی، اتحادیه‌های صنفی تقریباً نقشی ندارند.

د) در نظام‌های خدمات سلامت ملی و سوسیالیستی، تأمین مالی خدمات از طریق مالیات است.

پاسخ: در نظام‌های مبتنی بر بیمه اجتماعی، نقش اتحادیه‌های صنفی پر رنگ است ولی نه در حد دو نظام تکثرگرا و مبتنی بر بازار آزاد.

پاسخ: ج)

۱۰- کدام‌یک از گزینه‌های زیر درباره نظام سلامت ایران نادرست است؟ **(تالیفی)**

الف) سلامتی به‌عنوان حق مردم پذیرفته شده ← منطبق بر ویژگی‌های نظام سوسیالیستی

ب) الزامی بر ارائه خدمات سلامت نیست بلکه قانون بیمه همگانی برای مردم ارائه شده ← منطبق بر نظام‌های مبتنی بر بیمه اجتماعی

ج) مراقبت‌های سلامت اولیه به صورت دولتی ارائه می‌شود ← منطبق بر نظام سلامت تکثرگرا

د) پرداخت قسمت قابل ملاحظه‌ای از هزینه‌ها به صورت مستقیم است ← منطبق بر نظام مبتنی بر بازار آزاد

پاسخ: در نظام سلامت ایران، مراقبت‌های سلامت اولیه به صورت دولتی ارائه می‌گردد ← منطبق بر نظام خدمات سلامت ملی

ارجاع به صفحه ۱۷، تطبیق نظام سلامت ایران با تقسیم‌بندی Field.

پاسخ: ج)

۱۱- کدام‌یک از موارید زیر جزو اقدامات انجام شده در سال ۱۳۶۴ هـ‌ش نیست؟ **(تالیفی)**

الف) تغییر نام «وزارت بهداری» به «وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی»

ب) تشکیل سازمان رسیدگی به امور قرنطینه و واکسیناسون‌های عمومی

ج) اجرای طرح اصلاحات نظام سلامت کشور

د) اجرای طرح تشکیل و استقرار نظام شبکه مراقبت‌های بهداشتی

پاسخ: تشکیل سازمان رسیدگی به امور قرنطینه و واکسیناسیون عمومی، اواخر دوران قاجار رخ داد.

پاسخ: ب)

۱۲- کدام‌یک از عوامل زیر دلیلی بر نیاز به اصلاحات در نظام‌های سلامت نیست؟ **(تالیفی)**

الف) افزایش سالمندان ب) تغییرات اجتماعی و فرهنگی جوامع

ج) تغییرات جهانی آب و هوا د) تغییرات اقتصادی و ساختارهای سیاسی کشورها

پاسخ: دلایل نیاز به اصلاحات در نظام‌های سلامت: گذر اپیدمیولوژیک بیماری‌ها و تغییر مشکلات سلامتی، گذر جمعیتی و افزایش سالمندان، توجه روز افزون به کیفیت زندگی در کنار کمیت آن، تغییرات اجتماعی و فرهنگی جوامع و در نتیجه آن تغییر در عوامل خطر و مطالبات مردم، تغییرات اقتصادی و نظام و ساختارهای سیاسی کشورها.

پاسخ: ج)

فصل ۵: مراقبت‌های اولیه سلامت

*** مراقبت‌های اولیه سلامت (PHC)**

- *تعریف:* **مراقبت‌های سلامتی** که به‌وسیله **ارائه‌دهندگان سلامت** در **نخستین سطح تماس با مردم** ارائه می‌گردد.
  - ← پاسخ به نیازهای اساسی و اولیه مردم
  - ← تا حد امکان در جایی که مردم کار و زندگی می‌کنند ارائه شود.
  - ← طیف کامل خدمات (۱) پیشگیری، (۲) درمانی و (۳) بازتوانی را پوشش دهد.
- *هدف:* تأمین، حفظ و ارتقاء سطح سلامت افراد و جامعه

اصول مراقبت‌های اولیه سلامت

۱- **هماهنگی بخش‌های توسعه اقتصادی - اجتماعی**

۲- **مشارکت مردمی:** اگر مردم در تأمین سلامتی مشارکت نداشته باشند.
- نه نیازهای سلامتی به درستی درک می‌شود.
- نه می‌توان مناسب‌ترین راه حل را یافت.
- نه اجرای راهکار مقدور خواهد بود.

۳- **روش‌های مناسب**
- از لحاظ علمی درست باشد.
- به روز باشد.
- امکانات بومی باشد.
- کشور قدرت پرداخت هزینه‌ها را داشته باشد.
- مورد قبول ارائه‌دهندگان و گیرندگان خدمت باشد.

۴- **عدالت:** خدمات متناسب با نیاز و نه متناسب با پرداخت ارائه شود.

۵- **جامعیت خدمات**

۶- **تعهد سیاسی دولت‌ها**

*** اجزای PHC در ایران**

۱- آموزش سلامت، ۲- بهبود تغذیه، ۳- دسترسی به آب آشامیدنی سالم و بهسازی محیط، ۴- بهداشت مادر و کودک و باروری سالم، ۵- ایمن‌سازی و واکسیناسیون، ۶- مبارزه با بیماری‌ها، ۷- درمان مناسب بیماری‌ها و جراحت‌ها، ۸- دسترسی به داروهای اساسی، ۹- بهداشت دهان و دندان، ۱۰- سلامت روان، ۱۱- بهداشت حرفه‌ای، ۱۲- مدیریت و کاهش خطر بلاها و پیشگیری از سوانح

*** مراقبت‌های اولیه سلامت**

- زیربنای اصلی نظام ارائه خدمات سلامت
- کاهش هزینه‌های اقتصادی و اجتماعی در همه بخش‌ها
- در سال ۱۹۷۸ کنفرانس مراقبت‌های اولیه سلامت در آلما آتا تشکیل گردید.

سطح‌بندی و سطوح مراقبت‌های سلامت

- برای رعایت اندازه اقتصادی واحدهای ارائه‌دهنده خدمت ← جلوگیری از هدر رفتن منابع

۱- مراقبت‌های اولیه ← در سطح یک شامل خانه‌های بهداشت، پایگاه‌های سلامت و مراکز خدمات جامع سلامت

- خدمات پیشگیری، بهداشتی و درمان‌های ساده و علامتی ← در خانه بهداشت و توسط بهورز یا در پایگاه سلامت توسط مراقب سلامت
- خدمات تکمیلی و درمان پزشکی ← در مراکز خدمات جامع سلامت
- در دسترس برای تمامی افراد جامعه

۲- مراقبت‌های سطح دوم ← در صورت نیاز برای دریافت خدمات پیچیده‌تر، ارجاع، تنها با تأیید پزشک مسئول مراقبت سامت در سطح اول (بجز موارد اورژانس) به سطوح تخصصی‌تر ← خدمات تخصصی‌تر پزشکی ← در بیمارستان‌های عمومی شهرستان‌ها

۳- مراقبت‌های سطح سوم ← خدمات تخصصی و فوق تخصصی ← در بیمارستان‌های (آموزشی) مراکز استان و سایر بیمارستان‌های فوق تخصصی برای افرادی که در سطح دوم نیاز به این خدمات برای آنها تشخیص داده شد.

※ هرچه میزان پوشش PHC در جامعه بالاتر باشد ← سطح سلامت مردم نیز بالاتر ← نیاز به مراقبت‌های سطوح دوم و سوم کاهش

ویژگی‌های اصلی نظام ارائه مراقبت‌های بهداشتی - درمانی ایران

- شبکه با سطح‌بندی خدمات ← ارائه خدمات به‌صورت زنجیره‌ای مرتبط و تکامل یابنده
- ادغام خدمات مختلف ← مثال: یک کودک هنگام مراجعه نزد بهورز هم خدمت مرتبط با تغذیه را دریافت می‌کند هم ایمن‌سازی
- دسترسی جغرافیایی ← حداکثر فاصله افراد از این واحدها حداکثر ۱ ساعت پیاده‌روی و محل استقرار واحدهای بهداشتی درمانی در مسیر حرکت طبیعی مردم باشد.
- دسترسی فرهنگی
- تناسب بین حجم خدمات و نیروی انسانی
- هزینه خدمات ← خدمات پیشگیرانه و سلامت عمومی رایگان و خدمات سطح دوم و سوم از طریق بیمه‌ها تأمین هزینه شود.
- فراهم کردن خدمات تخصصی در قالب نظام ارجاع
  - استفاده از کارکنان غیرپزشک برای ارائه خدمات سلامت (بهورز).
  - دقت بیشتر برای پرداختن به خدمات تخصصی
  - جلوگیری از ارائه خدمات تکراری
  - کاهش هزینه‌ها

واحدهای ارائه خدمات سلامت اولیه در کشور

- **خانه بهداشت**
  - محیطی‌ترین واحد ارائه خدمات روستایی
  - **جمعیت تحت پوشش:** حدود ۱۰۰۰ نفر در روستای اصلی و غالباً چند روستای دیگر (روستاهای قمر)
  - **کارکنان:** بهورز ← معمولاً یک زن و یک مرد بومی همان روستا

- **پایگاه سلامت**
  - محیطی‌ترین واحد بهداشتی در مناطق شهری
  - جمعیت تحت پوشش: حدود ۱۲۵۰۰ نفر
  - کارکنان: مراقبین سلامت و ماما

- **مرکز خدمات جامع سلامت روستایی:** معمولاً یک خانه بهداشت را در همان روستا و چند خانه بهداشت از روستاهای دیگر را تحت پوشش دارد. جمعیت تحت پوشش: حدود ۹۰۰۰ نفر
- **مرکز خدمات جامع سلامت شهری:** جمعیتی حدود ۵۰ هزار نفر را پوشش می‌دهد.
  - **خدمات:** پزشک عمومی (متخصص پزشکی خانواده)، دندان‌پزشک، کارشناس تغذیه، کارشناس سلامت روان، داروساز یا دارویار، کارشناس بهداشت محیط و بهداشت حرفه‌ای، کارشناس آزمایشگاه

- **تسهیلات زایمانی**
  - مستقر در منطقه روستایی فاقد دسترسی به بیمارستان
  - جمعیت تحت پوشش: ۴۰ هزار نفر
  - ارائه خدمات زنان و مامایی

پزشک خانواده

- در کشور ما نظام پرداخت در سطوح ۲ و ۳ به‌صورت کارانه ایست (پرداخت به ارائه‌کنندگان خدمات براساس تعداد خدمت ارائه شده)
  - زمینه‌ساز ایجاد تقاضای القایی
  - افراد بدون رعایت نظام ارجاع و بدون نیاز به خدمات تخصصی به متخصص مراجعه می‌کنند ← این پزشکان بدون اطلاع از اقدامات قبلی درخواست‌های متعدد و تکراری پاراکلینیک انجام داده ← بیمه‌ها ناتوان از جبران هزینه‌ها شده ← منابع مالی به جای هزینه در بخش پیشگیری به بخش درمان‌های تخصصی تخصیص می‌یابند
- برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع یکی از مهم‌ترین راهبردهای اطلاح نظام سلامت است (مؤلف: بیمار به پزشک خانواده مراجعه می‌کند و پزشک در صورت نیاز بیمار رو به سطوح بالاتر ارجاع می‌دهد).
- پزشک خانواده مسئول هماهنگی و هدایت تیم ارائه‌دهنده خدمات سلامت در منطقه تحت پوشش خود می‌باشد. حتی پس از ارجاع فرد به سطوح تخصصی مسئولیت پیگیری پیامد ارجاع به عهده پزشک و تیم سلامت است.
- بنابراین پزشک خانواده باعث افزایش دسترسی، بهره‌مندی عادلانه، افزایش پاسخ‌گویی، کاهش هزینه‌ها و تقاضاهای القایی، افزایش امید به زندگی، منطقی کردن خدمات تخصصی و اقدامات درمانی، تأمین و حفظ و ارتقای سلامت، افزایش پوشش بیمه و سلامت‌نگر کردن بیمه‌ها، کاهش مصرف خودسرانه دارو و کاهش مرگ و میر کودکان زیر یک سال شد.
- **نیاز برنامه پزشک خانواده**
  - نیروی انسانی مناسب
  - پرونده الکترونیک سلامت ← سامانه یک پارچه سلامت (سیب)

سؤالات برگزیده مراقبت‌های اولیه سلامت

۱- در کدام‌یک از کنفرانس‌های زیر، مراقبت‌های اولیه بهداشتی به عنوان کلید رسیدن به هدف سلامت برای همه مورد تصویب قرار گرفت؟ *(علوم پایه پزشکی - شهریور ۱۴۰۱)*

الف) آخرین کنفرانس صحی بین‌الملل در سال ۱۹۳۸

ب) کنفرانس بهداشت بین‌الملل در سال ۱۹۴۶

ج) کنفرانس بین‌المللی مشترک سازمان جهانی بهداشت و یونیسف ۱۹۷۸

د) اولین کنفرانس صحی بین‌الملل در سال ۱۸۵۱

پاسخ: کنفرانس مراقبت‌های اولیه سلامت در سال ۱۹۷۸ در آلماآتا تشکیل گردید. از موارد مطرح شده در این کنفرانس: «سلامتی برای همه»، PHC و حق سالم زیستن مهم‌ترین هدف اجتماعی

پاسخ: ج)

۲- کدام‌یک از مداخلات زیر در رویکرد جامع در مراقبت‌های بهداشتی اولیه مطرح است؟ *(علوم پایه پزشکی - آبان ۱۴۰۰)*

الف) پیشگیری- غربالگری- درمانی- بازتوانای

ب) ارتقایی- پیشگیری - نوتوانی- بازتونای

ج) ارتقایی- پیشگیری- درمانی- بازتونای

د) ارتقایی- غربالگری- درمانی- بازتوانی

پاسخ: ج)

۳- منظور از جامعیت خدمات در مراقبت‌های اولیه بهداشتی چیست؟ *(علوم پایه پزشکی - اسفند ۱۳۹۹)*

الف) منابع و امکانات بگونه‌ای در اختیار مردم قرار گیرد که همه مردم جامعه صرف‌نظر از تفاوت‌ها به امکانات بهداشتی دسترسی داشته باشند.

ب) همه امکانات، ابزار، روش‌ها و نیروی انسانی مناسب و منطبق با شرایط جامعه در ارائه مراقبت‌های بهداشتی اولیه به‌کار گرفته شوند.

ج) همه مردم جامعه در ایجاد، نگهداری و استفاده از خدمات بهداشتی و پیشگیری فعالیت داشته باشند.

د) مراقبت‌های بهداشتی اولیه در برگیرنده مداخلات ارتقایی، پیشگیری کننده و باز توانی باشد.

پاسخ: د)

۴- کدام‌یک از موارد زیر از اجزای مراقبت‌های بهداشتی اولیه به شمار نمی‌آید؟ *(علوم پایه پزشکی - شهریور ۱۳۹۹)*

الف) بهبود وضع تغذیه

ب) گسترش برنامه ایمن‌سازی

ج) عدالت

د) تأمین و تدارک داروهای اساسی

پاسخ: مراجعه به صفحه ۲۰، اجزای PHC در ایران.

پاسخ: ج)

۵- خدمات بیمارستان‌های تخصصی جزء کدام سطح از سطوح مراقبت‌های سلامتی محسوب می‌شود؟ *(پزشکی علوم پایه -شهریور ۱۳۹۸)*

الف) اول

ب) دوم

ج) سوم

د) چهارم

پاسخ: خدمات بیمارستان‌های تخصصی جزء مراقبت‌های سطح سوم محسوب می‌شود.

پاسخ: ج)

۶- محیطی‌ترین واحد ارائه خدمات در نظام سلامت کدام است؟ *(پزشکی علوم پایه - شهریور ۱۳۹۸)*

الف) بیمارستان تخصصی

ب) بیمارستان عمومی

ج) مرکز بهداشتی درمانی

د) خانه بهداشت

پاسخ: خانه بهداشت محیطی‌ترین واحد ارائه دهنده خدمات در نظام سلامت ایران است.

پاسخ: د)

۷- ترتیب صحیح واحدهای ارائه دهندهٔ خدمت در سیستم ایران کدام است؟ *(پزشکی علوم پایه - شهریور ۹۸)*

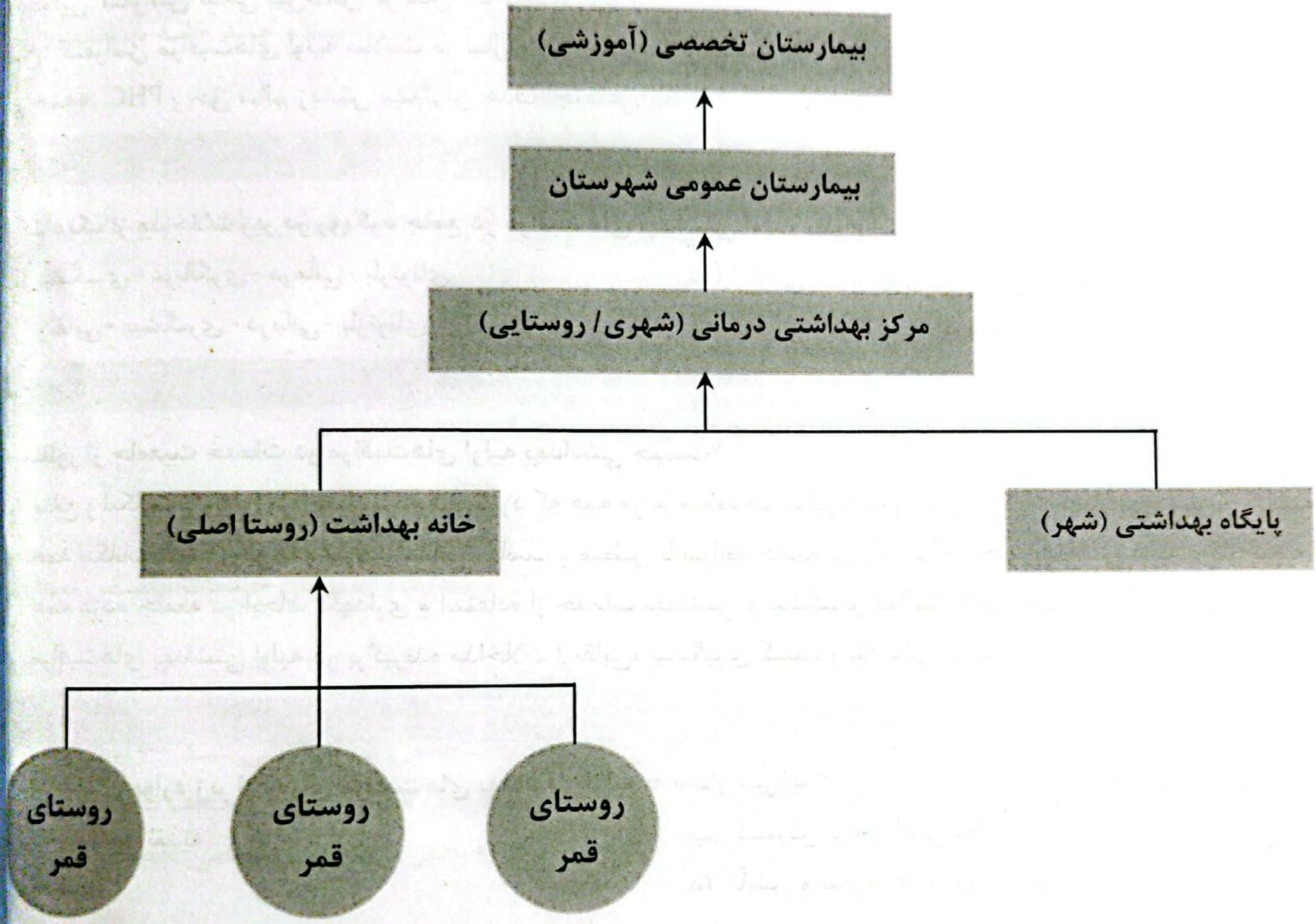
الف) روستاهای اقماری، روستای اصلی دانشگاهی مرکز استان، مرکز بهداشت درمانی، بیمارستان عمومی شهر

ب) روستاهای اصلی، مرکز بهداشتی درمانی، بیمارستان دانشگاهی مرکز استان

ج) روستای اصلی، مرکز بهداشتی درمانی، بیمارستان عمومی شهر، بیمارستان دانشگاهی مرکز استان

د) روستای اقماری، روستای اصلی، مرکز بهداشتی درمانی، بیمارستان

پاسخ: در روستای قمر واحد ارائه کننده خدمات سلامت وجود ندارد.



پاسخ: ج)

۸- کدام‌یک از اجزای مراقبت‌های بهداشتی اولیه در ایران نیست؟ (تالیف

الف) آموزش سلامت　　ب) بهسازی محیط　　ج) بهداشت دهان و دندان　　د) حمایت از افراد مسن

پاسخ: د)

۹- کدام‌یک از جملات زیر نادرست است؟ (تالیف

الف) سطح‌بندی مراقبت‌های سلامت باعث جلوگیری از هدر رفت منابع می‌شود.

ب) خانه‌های بهداشت جزو مراکز خدمات سلامت سطح یک هستند و مسئول ارائه خدمات در آنها بهورزها می‌باشند.

ج) مراکز خدمات جامع سلامت در سطح دوم مراقبت‌های بهداشتی قرار دارند و پزشک عمومی از ارائه دهندگان خدمات سلامت این مراکز به شمار می‌رود.

د) خدمات سطح سوم در بیمارستان‌های آموزشی مراکز استان ارائه می‌شوند.

پاسخ: مراکز خدمات جامع سلامت شهری و روستایی در سطح اول مراقبت‌های بهداشتی قرار دارند.

پاسخ: ج)

۱۰- کدام‌یک از گزینه‌های زیر صحیح می‌باشد؟ *(تألیفی)*

الف) هر چه پوشش PHC بالاتر باشد نیاز مردم به مراقبت‌های سطوح دوم و سوم کاهش می‌یابد.

ب) حداکثر فاصله افراد از مراکز بهداشتی درمانی سطح اول باید در حد یک ساعت رانندگی باشد.

ج) در تمام سطوح مراقبت‌های بهداشتی یک پزشک باید در مرکز ارائه خدمت مستقر باشد.

د) مراقبت‌های اولیه سلامت حتی اگر مورد قبول گیرندگان خدمات نباشند، باید ارائه شوند.

پاسخ: حداکثر فاصله افراد از مراکز بهداشتی درمانی سطح اول باید در حداکثر ۱ ساعت پیاده روی باشد و محل استقرار واحدهای بهداشتی درمانی در مسیر حرکت طبیعی مردم باشد (گزینه ب). خدمات سلامت در خانه بهداشت و توسط بهورز ارائه می‌شود (گزینه ج). مراقبت‌های اولیه سلامت باید مورد قبول ارائه دهندگان و گیرندگان خدمت باشد (گزینه د).

پاسخ: الف)

۱۱- جمعیت تحت پوشش کدام‌یک از واحدهای ارائه خدمات سلامت زیر بیشتر است؟ *(تألیفی)*

الف) خانه بهداشت　　ب) پایگاه سلامت　　ج) مرکز خدمات جامع سلامت روستایی　　د) تسهیلات زایمانی

پاسخ: جمعیت تحت پوشش ← خانه بهداشت: حدود ۱۰۰۰ نفر در روستای اصلی و غالباً چند روستای دیگر (روستاهای قمر) - پایگاه سلامت: حدود ۱۲۵۰۰ نفر - مرکز خدمات جامع سلامت روستایی: حدود ۹۰۰۰ نفر - مرکز خدمات جامع سلامت شهری: حدود ۵۰ هزار نفر - تسهیلات زایمانی: حدود ۴۰ هزار نفر

پاسخ: د)

۱۲- برنامه پزشک خانواده باعث تمام موارد زیر شده بجز: *(تألیفی)*

الف) افزایش امید به زندگی　　ب) کاهش مرگ و میر کودکان زیر یک سال

ج) سلامت نگر کردن بیمه‌ها　　د) کاهش مرگ و میر مادران

پاسخ: مراجعه به صفحه ۲۲، قسمت «پزشک خانواده».

پاسخ: د)

فصل ۶: عوامل اجتماعی مرتبط با سلامت

عوامل اجتماعی

- تعریف تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت: «شرایطی که در آن افراد رشد می‌کنند، زندگی می‌کنند و بزرگ می‌شوند و در آن با بیماری مقابله می‌کنند. شرایط اجتماعی، اقتصادی و سیاسی که زندگی انسان‌ها را تشکیل می‌دهد و آنها در آن شرایط به دنیا آمده و سپس می‌میرند.» ← سلامت افراد و جمعیت‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهند.
- نابرابری اجتماعی ← دلیل اصلی و قابل اجتناب اختلاف در پیامدهای سلامتی و امید به زندگی در جوامع مختلف و حتی طبقات اجتماعی مختلف یک جامعه
- یک سری از این عوامل:
  - محل اقامت - شغل - تحصیلات - ارزش‌ها
  - نژاد - جنس - فرهنگ سرمایه اجتماعی

* مرگ کودکان زیر ۵ سال ← شاخصی از سلامت جوامع ← در کشور ایران ۱۴ به ازای هر هزار تولد زنده

موقعیت اجتماعی اقتصادی

- سطح سلامتی پایین ⇄ (باعث / باعث) سطح اقتصادی – اجتماعی پایین
- حمایت اجتماعی از افراد جامعه ← افزایش سطح سلامتی افراد ← افزایش سطح سلامتی جامعه ← توسعه کشور ← نمود این توسعه در سطوح اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و ....
- کشورهای دارای سطح بالای نابرابری ← انسجام اجتماعی کمتر و خشونت بیشتر

محرومیت‌های اجتماعی

- تعریف: عدم برخورداری از مزایا، حمایت، فرصت‌ها، مشارکت و مهارت‌های اجتماعی
- محرومیت اجتماعی ← تبعیض و احساس ننگ ← اضطراب طولانی مدت ← آسیب روانی
- گروه‌های در معرض محرومیت اجتماعی:
  - زنان
  - مهاجرین
  - افراد مجرد
  - خانواده‌هایی که مسکن اجاره‌ای دارند.
  - افراد بالای ۶۵ سال (مسن)
  - افراد دارای ناتوانی یا مبتلا به بیماری مزمن
  - افرادی که در دبستان ترک تحصیل می‌کنند.
  - خانواده‌های تک والد

اشتغال و استخدام

- ایجاد فرصت‌های شغلی مناسب برای افراد بالای ۱۵ سال توسط دولت ← ارتقای کیفیت زندگی، سلامت فرد ← ارتقای سلامت جامعه و موجب توسعه کشور
- بیکاری:
  - در سطح فردی ← انواع بیماری‌های جسمی و روانی
  - در سطح جامعه ← خشونت و ناهنجاری اجتماعی

مسکن و محل زندگی

- مسکن مناسب ← کاهش محرومیت اجتماعی و بیماری جسمی و روانی ناشی از آن
- *افراد در معرض زندگی در خانه‌های نامناسب*
  - افراد جوان
  - افراد با ناتوانی درازمدت
  - افراد با درآمد پایین یا بدون منبع درآمد
- *افراد کارتن خواب*
  - بیشترین گروه سنی ← ۳۵ تا ۴۰ سال
  - بازدارنده توسعه و حرکت چرخ اقتصادی کشور
  - اعتیاد، فقر و مشکلات خانوادگی ← علل عمده بی‌خانمانی این افراد

سلامت بهتر از طریق مداخله در مؤلفه‌های اجتماعی

- *تمرکز عملکرد دولت‌ها روی مؤلفه‌های اجتماعی سلامت* باعث ←
  - پیشگیری از بی‌عدالتی در سلامت
  - پیشگیری از بسیاری از بیماری‌های مزمن
  - کاهش هزینه سالانه بیمارستان‌ها
- چهار حیطه اصلی ← بیشترین تأثیر روی سلامت افراد
  - تکامل ابتدای کودکی
  - اشتغال مناسب
  - حمایت اجتماعی
  - محیط زندگی
- *بنیاد سلامت بالغین در دوران کودکی و قبل از تولد نهاده می‌شود*
  - حمایت ناکافی هیجانی در دوران کودکی
  - کندی رشد و تکامل
  - ← سلامت جسمی و روانی بالین را به مخاطره می‌اندازد.
- *شرایط نامناسب دوران بارداری مثل* ← زمینه‌ساز انواع بیماری‌ها در بزرگسالی
  - سیگار، الکل و مواد مخدر
  - تغذیه نامناسب
  - استرس
  - عدم فعالیت فیزیکی

فقر

- اثر چشمگیری روی مرگ زودرس و سلامتی (به‌ویژه ابتلا به بیماری‌های قلبی عروقی)
- *افراد در خطر فقر*
  - افراد بیکار
  - اقلیت‌های قومیتی
  - افراد بی‌خانمان
- فقر مطلق ← نداشتن امکانات اولیه زندگی
- نقر نسبی ← درآمد کمتر از ۶۰٪ میانه جمعیت ← دسترسی این افراد به مسکن، آموزش و حمل و نقل مناسب نیست ← محدودیت در مشارکت در فعالیت‌های اجتماعی ← به خطر افتادن سلامتی فرد
- دسترسی به خدمات سلامت هم در این افراد محدود است.
- *زندگی در فقر برای* ← مخاطره‌آمیزتر است.
  - خانم‌های باردار
  - نوزادان و کودکان
  - سالمندان

فقر

- چرخه معیوب، فقر و محرومیت اجتماعی ← افزایش خطر طلاق، اعتیاد، ناتوانی و بیماری ← افزایش فقر و محرومیت اجتماعی
- روش‌های دولت‌ها برای پیشگیری از فقر
  - سیاست‌گذاری روی مالیات
  - فراهم آوردن آموزش
  - ایجاد اشتغال
  - مدیریت اقتصاد

سیاست‌گذاری با توجه به عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت

- در جوامع با سطح اجتماعی اقتصادی پایین، پیشگیری از مخاطرات رشد و نمو دوران کودکی با
  - ارائه خدمات پیشگیری قبل از اولین بارداری
  - تأسیس مرکز ارائه خدمات سلامت برای کودکان
  - ارتقاء سطح آموزش در مدارس
  - افزایش آگاهی والدین
- تأمین آگاهی والدین از منبع صحیح ← شناسایی نیازهای واقعی فرزندان ← پیشگیری از آسیب رسیدن به آنها توسط والدین ناآگاه
- اطمینان از ارتباط مناسب بین والدین و کودک
  - از طریق ویزیت‌های در منزل
  - از طریق مدارس

سؤالات برگزیده عوامل اجتماعی مرتبط با سلامت

۱- کدام‌یک از جملات زیر نادرست است؟

الف) نابرابری اجتماعی دلیل اصلی و غیرقابل اجتناب اختلاف در سلامتی در جوامع مختلف است.

ب) مرگ کودکان زیر ۵ سال شاخصی از سلامت جوامع است که در ایران ۱۴ به ازای هر ۱۰۰۰ تولد زنده است.

ج) بیشترین گروه سنی در افراد کارتن خواب، ۳۵ تا ۴۰ سال می‌باشند.

د) عدم برخورداری از فرصت‌ها، مشارکت و مهارت‌های اجتماعی می‌تواند باعث آسیب روانی شود.

پاسخ: نابرابری اجتماعی **دلیل اصلی و قابل اجتناب** در پیامدهای سلامتی و امید به زندگی در جوامع مختلف و حتی طبقه‌های اجتماعی مختلف یک جامعه می‌باشد (گزینه الف).

تعریف محرومیت اجتماعی: عدم برخورداری از مزایا، حمایت، فرصت‌ها، مشارکت و مهارت‌های اجتماعی محرومیت اجتماعی احساس تبعیض و ننگ ← اضطراب طولانی‌مدت ← آسیب روانی (گزینه د)

پاسخ: الف)

۲- کدام‌یک از موارد زیر جزء چهار حیطه اصلی مؤلفه‌های اجتماعی مورد تمرکز دولت‌ها نیست؟

الف) تکامل ابتدای کودکی　　ب) اشتغال مناسب　　ج) سطح سواد　　د) محیط زندگی

پاسخ: تمرکز دولت‌ها روی مؤلفه‌های اجتماعی سلامت چهار حیطه اصلی دارد که شامل (۱) تکامل ابتدای کودکی، (۲) اشتغال مناسب، (۳) حمایت اجتماعی و (۴) محیط زندگی است. این چهار حیطه بیشترین تأثیر را بر سلامت افراد دارند.

پاسخ: ج)

۳- تمرکز دولت‌ها روی مؤلفه‌های اجتماعی سلامت باعث همه موارد زیر می‌شود به‌جز: *(تألیفی)*

الف) پیشگیری از بی‌عدالتی در سلامت

ب) پیشگیری از بسیاری از بیماری‌های مزمن

ج) کاهش هزینه سالانه بیمارستان‌ها

د) پیشگیری از آلوده شدن محیط زیست انسان‌ها

پاسخ: د)

۴- کدام جمله درباره فقر صحیح نیست؟ *(تألیفی)*

الف) اثر چشمگیری روی مرگ زودرس و سلامتی (به‌ویژه ابتلا به بیماری‌های قلبی عروقی) دارد.

ب) فقر مطلق عبارت است از نداشتن امکانات اولیه زندگی.

ج) فقر نسبی داشتن درآمد کمتر از ۴۰٪ میانه جمعیت است.

د) افراد دچار فقر نسبی دسترسی محدود شده‌ای به خدمات سلامت دارند.

پاسخ: فقر نسبی عبارت است از درآمد کمتر از ۶۰٪ میانه جمعیت. در این افراد مشارکت در فعالیت‌های اجتماعی و دسترسی به خدمات سلامت محدود می‌شود که باعث به خطر افتادن سلامتی آنهاست.

پاسخ: ج)

فصل ۷: آموزش و ارتقای سلامت

- *تعریف ارتقای سلامت*: فرآیندی است که مردم را قادر می‌سازد که بر سلامتی خود کنترل داشته باشند و آن را بهبود بخشند.
- ارتقای سلامت شامل عملکرد سازمان‌های مختلف است و مجموعه‌ای از فرآیندهاست که نه تنها در پی تقویت مهارت‌های افراد است، بلکه به‌دنبال تغییر شرایط اجتماعی، محیطی و ... تأثیرگذار بر سلامت است.

بخشی از تاریخچه کنفرانس‌های ارتقاء سلامت

- *اُتاوا (۱۹۸۶)*
  - **هدف:** «سلامت برای همه» تا سال ۲۰۰۰
  - **استراتژی**
    - حمایت: جهت‌دهی شرایط اجتماعی، اقتصادی و محیطی در راستای ارتقاء سلامت
    - توانمندسازی: توانمندکردن مردن برای رسیدن به عدالت در سلامت
    - میانجی‌گری: مشارکت بین تمامی بخش‌ها
  - سلامت به‌عنوان منبع زندگی روزمره نه هدف زندگی
- *هلسینکی (۲۰۱۳)* ← مفهوم «سلامت در همه سیاست‌ها»

ابعاد ارتقای سلامت

۱- حکمرانی خوب: دولت‌ها تأثیرات سیاستهای خود را روی سلامتی در نظر بگیرند ← مثلاً: قوانین بستن کمربند ایمنی

۲- سواد سلامت ← مردم نیازمند کسب دانش، مهارت و اطلاعات برای انتخاب‌های سالم هستند.

۳- شهرهای سالم ← رهبری و تعهد قوی در سطح شهرداری‌ها برای برنامه‌ریزی شهری سالم، اقدامات و پیشگیری و تسهیلات مراقبت‌های اولیه اساسی هستند.

*** رویکردهای ارتقای سلامت ← براساس نظریه اسکریون**

۱- رویکرد پزشکی
- **تعریف:** درمان شرایط مرتبط با سلامتی به منظور ارتقای سلامت و پیشگیری از بیماری‌ها
- **مثال:** واکسیناسیون
- **مزایا:** اثرات آن به راحتی قابل سنجش است.
- **معایب:** (۱) تعیین‌کننده‌های وسیع‌تر سلامت را در نظر نمی‌گیرد. (۲) در این رویکرد سلامتی نداشتن بیماری است.

۲- رویکرد تغییر رفتار
- **تعریف:** تشویق افراد به تغییر رفتارهایشان
- **مثال:** برنامه ترک سیگار
- **مزایا:** در ابتدا سنجش موفقیت آسان است.
- **معایب:** (۱) نمی‌توان به راحتی نشان داد که ارتباطی بین مداخله و هرگونه تغییر بعدی وجود دارد. (۲) وابسته به افراد کارشناس در مراحل مختلف تغییر رفتار است.

*** رویکردهای ارتقای سلامت**

۳- رویکرد آموزشی

- **تعریف:** افزایش دانش افراد برای تغییر رفتار مرتبط به سلامت ← افراد را مجبور به انجام رفتار خاصی نمی‌کند (برخلاف رویکرد تغییر رفتار)
- **مثال:** افزایش آگاهی در مورد منافع ترک سیگار
- **مزایا:** توانمند کردن افراد در راستای افزایش دانش و تغییر نگرش
- **معایب:** (۱) وقت‌گیر است. (۲) ممکن است فرد علی‌رغم داشتن آگاهی انتخاب درست نکند ← تغییر نگرش نیز مهم است.

۴- رویکرد توانمندسازی مراجع - محور

- **تعریف:** تأکید بر دیدگاه‌های افراد و کمک به آنها در تشخیص نیازهای سلامتی‌شان و قادر ساختن آنها به رفع این نیازها.
- **مثال:** صحبت با فرد دارای اضافه وزن که نمی‌خواهد تغییری در تغذیه‌اش بدهد و فقط می‌خواهد فعالیت بدنی‌اش را افزایش دهد.
- **مزایا:** دیدن موضوع از منظر مراجعه‌کننده و دادن اجازه تصمیم‌گیری به آنها
- **معایب:** تغییر رفتار وقت‌گیر است.

* می‌تواند در سطح فردی یا جامعه انجام شود.

۵- رویکرد تغییر اجتماعی

- **تعریف:** تغییر جامعه برای تسهیل ارتقاء سلامت
- **مثال:** جریمه مصرف سیگار در اماکن عمومی
- **مزایا:** توجه به موضوعات اجتماعی و سیاست‌گذاری
- **معایب:** رویکرد بالا به پایین است.

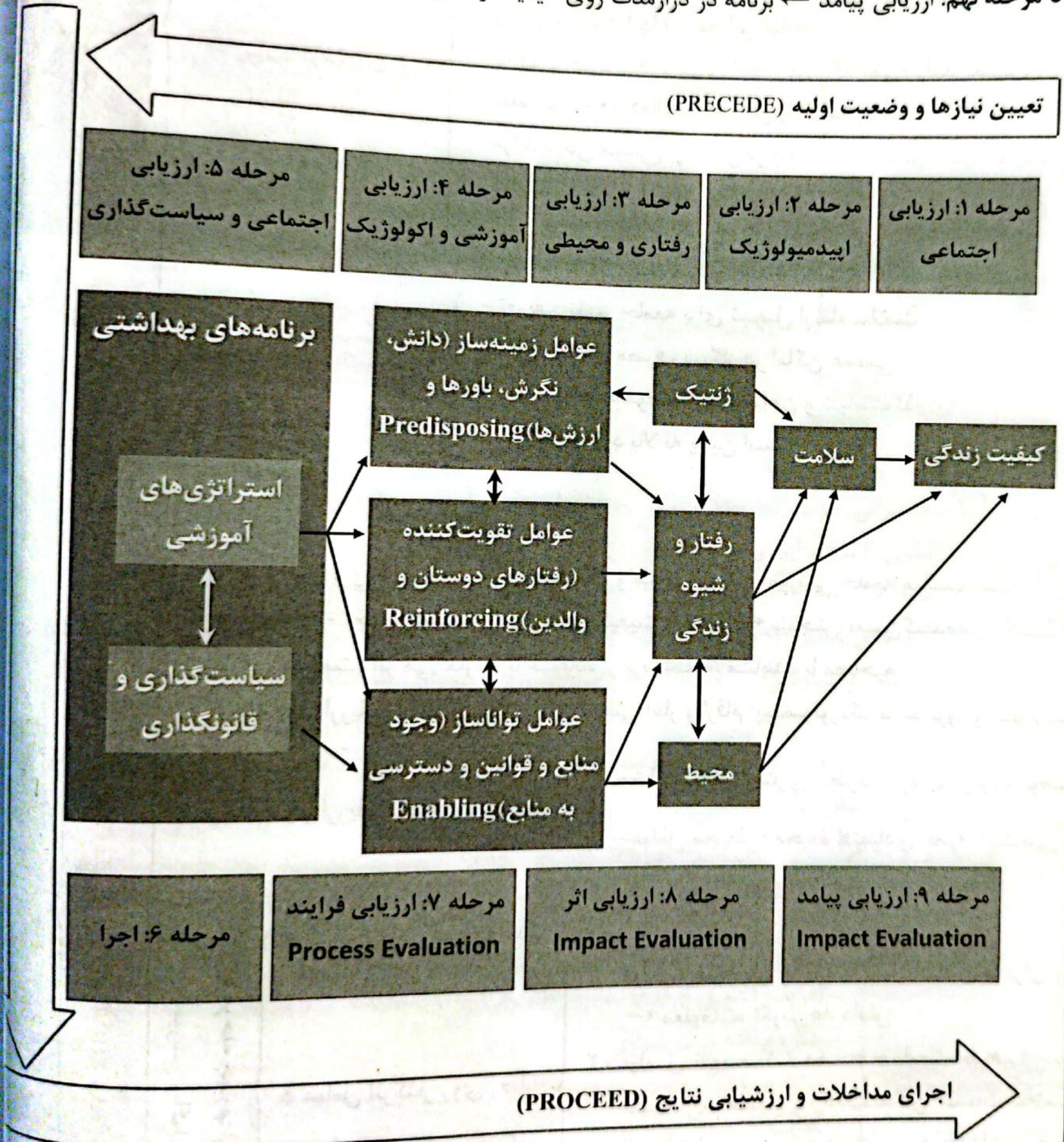
*** مدل‌های ارتقاء سلامت**

- مدل پرسید – پروسید (PRECEDE-PROCEED)

* برای برنامه‌ریزی و ارزشیابی برنامه سلامت و طراحی برنامه آموزشی جامعه مناسب است.

- **مرحله اول:** تشخیص اجتماعی یا ارزیابی کیفیت زندگی ← سنجش تعیین‌کننده‌های اجتماعی که بر کیفیت زندگی (سلامت) اثر می‌گذارند، با استفاده از پرسشنامه، مشاهده یا مصاحبه
- **مرحله دوم:** ارزیابی اپیدمیولوژیکی ← بررسی آمار و ارقام اپیدمیولوژیک مانند بروز و شیوع بیماری‌ها
- **مرحله سوم:** ارزیابی رفتاری و محیطی
  - شاخص‌های رفتاری: مصرف دارو، پذیرش و توصیه‌های پزشک و ...
  - عوامل محیطی: محیط اقتصادی، نحوه دسترسی و ....
- **مرحله چهارم:** ارزیابی آموزشی و اکولوژیک
  - * ضروری‌ترین قسمت مدل
  - * عوامل اثرگذار روی رفتار
    - ۱- عوامل زمینه‌ساز: انگیزه یا دلیل اساسی را برای رفتار فراهم می‌کند ← معلومات، نگرش‌ها، دانش
    - ۲- عوامل تقویت‌کننده ← حمایت اطرافیان، والدین، دوستان، همسانان، معلمین و ارائه‌دهندگان خدمات سلامت
    - ۳- عوامل توانمندساز ← دسترسی به خدمات، وجود منابع و قوانین و مقررات برای انجام یک رفتار ← مانند افزایش مالیات سیگار

- **مرحله پنجم:** ارزیابی اجرایی و سیاست‌گذاری ← برنامه‌ریزی از نظر اجرا شامل تعیین روند کار، بودجه‌بندی، تعیین نیروی انسانی
- **مرحله ششم:** اجرا ← مداخله براساس ارزیابی انجام شده در مرحله قبل
- **مرحله هفتم:** ارزشیابی فرایند ← روند انجام مراحل با استانداردهای مشخص شده مقایسه می‌گردد ← اصلاح برنامه قبل از گسترده شدن آن
- **مرحله هشتم:** ارزیابی اثر ← متمرکز روی اثرات فوری. پاسخ به سؤال «آیا برنامه روی رفتار و محیط اثر گذاشته یا نه»
- **مرحله نهم:** ارزیابی پیامد ← برنامه در درازمدت روی کیفیت زندگی و وضعیت بهداشتی تأثیر داشته یا خیر



شکل ۱-۷. مراحل مدل پرسید - پروسید

- مدل پرسید – پروسید (PRECEDE-PROCEED)

*** مدل‌های ارتقاء سلامت**

- مدل مراحل تغییر (Stage of Change Model/ Transibiomal Model/ Transtheoribical Model)

* مدل‌های ارتقاء سلامت

- افراد قبل از تغییر رفتار، مراحلی را به شرح زیر باید طی کنند.

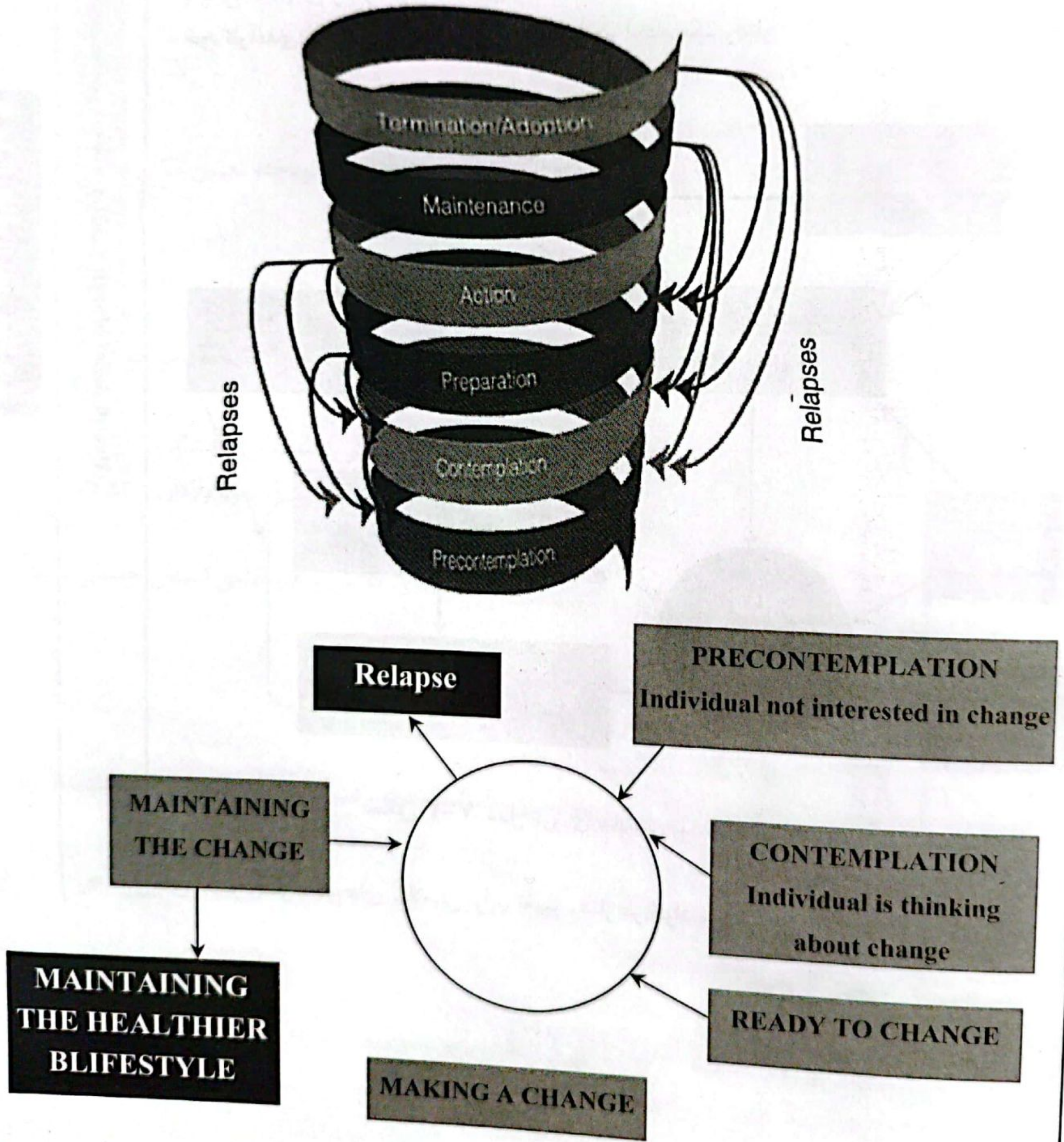
۱- پیش قصد: فرد هیچ قصدی برای در پیش گرفتن سلامتی با تغییر رفتار ندارد ← باید آگاهی را افزایش داد و مشکل سلامت مربوط به رفتار را توضیح داد.

۲- قصد: فرد قصد دارد طی یک مدت زمان مشخص رفتار مورد نظر را تغییر دهد. مثلاً می‌گوید «من می‌خواهم سیگار را ترک کنم ولی فعلاً نمی‌توانم». ← بهتر است منافع ترک رفتار را برای او توضیح داد.

۳- آمادگی: فرد آماده تغییر است و تا یک ماه آینده می‌تواند اقدام کند ← موانع ترک رفتار و راه‌های غلبه بر آن توضیح داده شود.

۴- عمل: فرد تغییر مورد نظر را کمتر از ۶ ماه است که انجام داده ← دادن برنامه به مراجعه‌کننده و پایش وی.

۵- تداوم: فرد بیش از ۶ ماه است که رفتار را کنار گذاشته ← پیگیری وی و جلوگیری از بازگشت (relapse)



شکل ۲-۷. مدل مراحل تغییر به دو شکل حلقوی و مارپیچی

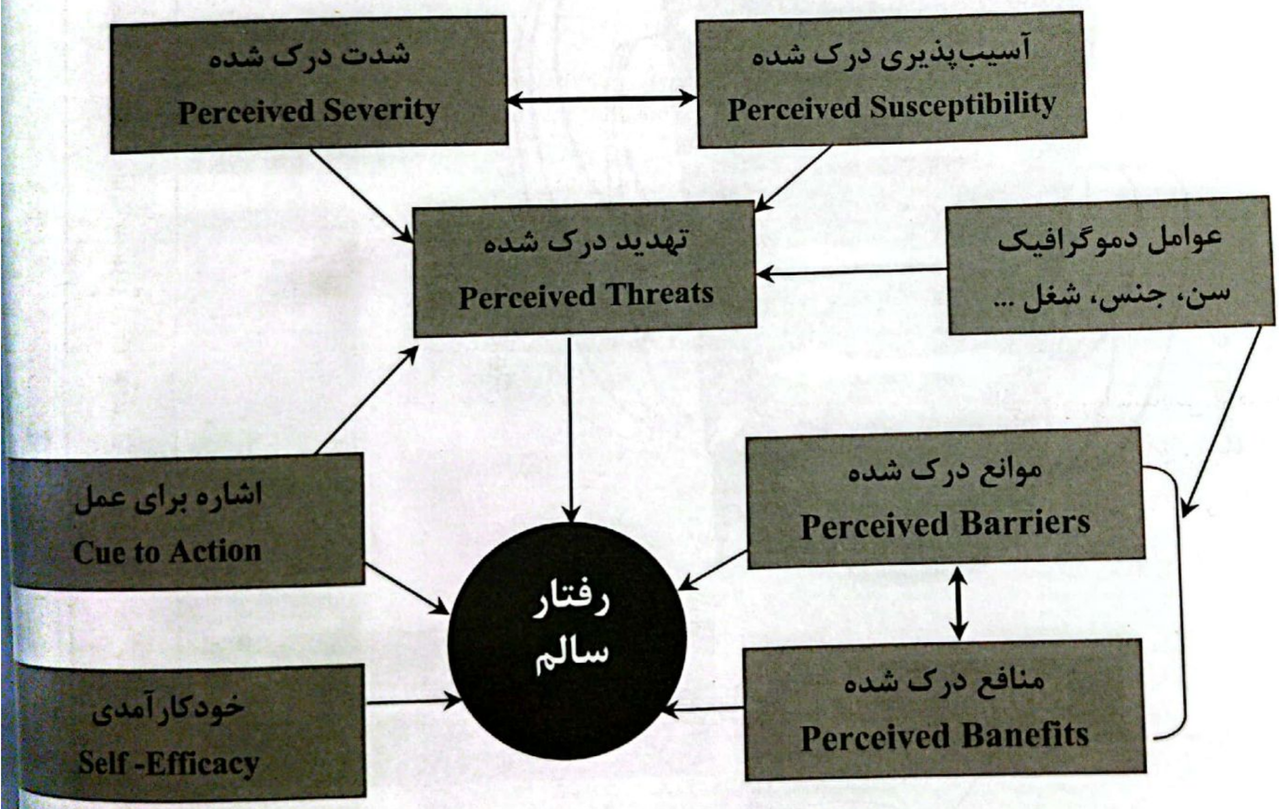
* مدال‌های ارتقاء سلامت

- مدل باور سلامتی (اعتقاد بهداشتی) (Health Belief Model)

- **گروهی از باورها هستند که انجام یک رفتار سلامتی را باعث می‌شوند.**

- آسیب‌پذیری شخص نسبت به بیماری یا عامل خطر ← آسیب‌پذیر درک شده
- عوامل جدی بالقوه ناشی از عدم انجام رفتار سلامت ← شدت درک شد
- باور به اینکه اقداماتی وجود دارند که می‌توانند آسیب‌پذیری و جدی عوارض را کم کنند ← منافع درک شده
- باور به اینکه منافع انجام یک رفتار سالم بیش از هزینه رفع موانع اقدام ب آن است ← موانع درک شده

- **اشاره برای عمل (Cue to action)**: راهنماهایی در اطراف که می‌توانند فرد را به سمت رفتار مورد نظر سوق دهد یا مانع انجام آن رفتار شود ← مثل رسانه‌ها
- **خودکارآمدی**: باور فرد به توانایی‌های خودش در انجام یک رفتار



شکل ۳-۷. مدل باوری سلامتی یا اعتقاد بهداشتی

* مدل‌های تغییر رفتار و باورهای سلامتی برای تغییر رفتار در افراد و پیشبینی رفتارها کاربرد دارند.

- **تعریف**
  - **گریفیت:** از بین بردن شکاف بین آنچه سلامتی مطلوب تلقی می‌شود و آنچه واقعاً وجود دارد.
  - **سیموند:** تغییر رفتارها، که به سلامتی منجر شوند.

* آموزش سلامت زیرمجموعه ارتقاء سلامت است. هدف از آموزش سلامت بالا بردن آگاهی‌ها برای تغییر رفتار افراد و جوامع در راستای جامعه‌ای سالم است.

- **ارتباط مؤثر در آموزش سلامت ← پیام سلامت باید**
  - درست - متناسب - پایا (غیرقابل انکار در طول زمان)
  - در دسترس - به موقع - مبتنی بر شواهد

- **مراحل برنامه‌ریزی آموزشی**
  - ۱- بررسی وضعیت موجود
  - ۲- تعیین اهداف آموزشی
  - ۳- تعیین روش‌های آموزشی
  - ۴- اجرا ← تعیین مجری، تخمین نیروی انسانی و بودجه، تعیین مکان و زمان اجرا
  - ۵- ارزشیابی

- **روش‌های آموزش**
  - **مشاوره**
    - فرآیند دوطرفه و تعاملی
    - اصول و قوائد مشاوره
      - صداقت، احترام، همدلی، توجه به نیازهای مراجع
      - تهیه برنامه و تعیین هدف
      - دانش و مهارت کافی در روانشناسی و مشاوره
      - قضاوت نکردن و نداشتن پیش فرضی، رازداری
      - ارائه اطلاعات به زبان مراجع
      - داشتن مهارت‌های کلامی و غیرکلامی (تماس چشمی و ...)
  - **سخنرانی**
    - رایج‌ترین روش آموزش
    - انتقال دادن مفاهیم پایه به مخاطب
    - انتقال مطالب به تعداد زیاد افراد
    - معایب: غیرفعال بودن مخاطبان، نامناسب برای کسب مهارت، خسته‌کننده، نیازمند مهارت کلامی کافی
  - ایفای نقش
  - بحث گروهی
  - بارش افکار
  - آموزش غیرمستقیم ← با وسایل ارتباط جمعی (تلویزیون، مجله، پمفلت و ...)
  - آموزش از طریق شبکه‌های اجتماعی

سؤالات برگزیده آموزش و ارتقای سلامت

۱- بررسی‌ها در مناطق شهری کشور نشان می‌دهند عامل مهمی که وضعیت فعالیت فیزیکی را در جوانان تحت تأثیر قرار می‌دهد عدم انجام فعالیت مناسب فیزیکی در دوستان این افراد است. براساس الگوی پریسید - پروسید، این عامل جزء کدام دسته از عوامل زیر قرار می‌گیرد؟ *(علوم پایه پزشکی - شهریور ۱۴۰۱)*

الف) زمینه‌ساز　　ب) تقویت کننده　　ج) قادر کننده　　د) مستعد کننده

پاسخ: عوامل زمینه‌ساز: انگیزه یا دلیل اساسی را برای رفتار فراهم می‌کنند ← معلومات، نگرش‌ها، دانش
عوامل تقویت‌کننده ← حمایت اطرافیان، والدین، دوستان، همسانان، معلمین و ارائه دهندگان خدمات سلامت
عوامل توانمندساز ← دسترسی به خدمات، وجود منابع و قوانین و مقررات برای انجام یک رفتار. مثلاً افزایش مالیات سیگار.

پاسخ: ب)

۲- کدام‌یک از گزینه‌های زیر در مورد تعریف ارتقای سلامت صحیح است؟ *(علوم پایه پزشکی - آبان ۱۴۰۰)*

الف) ارتقای سلامت عبارت است از فعالیت‌هایی که به منظور افزایش آگاهی و دانش مردم در موضوعات مرتبط با سلامت صورت می‌گیرد

ب) منظور از ارتقای سلامت، مجموعه تغییراتی است که در محیط اقتصادی و اجتماعی به منظور ایجاد بستر مناسب برای تغییر رفتار بهداشتی ایجاد می‌شود.

ج) ارتقای سلامت، مجموعه اقدامات آموزشی و حمایت‌های محیطی است که به منظور تغییر رفتارهای سلامت صورت می‌گیرد.

د) مجموعه اقداماتی است که تلاش می‌کند فاصله میان نگرش و آگاهی را پر کند.

پاسخ: ارتقای سلامت فرآیندی است که مردم را قادر می‌سازد که بر سلامتی خود کنترل داشته باشند و آن را بهبود بخشند. ارتقاء سلامت شامل عملکرد سازمان‌های مختلف است و مجموعه‌ای از فرآیندهاست که نه تنها در پی تقویت مهارت‌های افراد است، بلکه به‌دنبال تغییر شرایط اجتماعی، محیطی و ... تأثیرگذار بر سلامت است.

پاسخ: ج)

۳- در یک جامعه متخصصان برای ارتقای برنامه ترک سیگار قصد دارند از تئوری مراحل تغییر استفاده کنند. در فرآیند برنامه‌ریزی و گروه‌بندی افراد، تعدادی از افراد به وجود عوارض مصرف سیگار پی‌برده و ترک سیگار را در نظر گرفته‌اند و آماده برنامه‌ریزی برای ترک سیگار هستند، این افراد در کدام گروه قرار می‌گیرند؟ *(علوم پایه پزشکی - شهریور ۱۴۰۰)*

الف) پیش قصد　　ب) قصد　　ج) تدارک (آمادگی)　　د) عمل

پاسخ: آمادگی: فرد آماده تغییر است و تا یک ماه آینده می‌تواند اقدام کند. مراجعه به صفحه ۳۳، مدل مراحل تغییر.

پاسخ: ج)

۴- براساس الگوی مراحل تغییر (Prochaska et al, 1979)، اگر فردی در فرآیند تغییر رفتار، به وجود مشکل پی برده باشد و تغییر رفتار را در نظر گرفته باشد ولی هنوز آماده تعهد برای انجام آن نباشد در کدام مرحله قرار دارد؟ *(علوم پایه پزشکی - اسفند ۹۹)*

الف) پیش قصد　　ب) تدارک　　ج) قصد　　د) حفظ

پاسخ: قصد: فرد قصد دارد طی یک مدت زمان مشخص رفتار مورد نظر را تغییر دهد.

پاسخ: ج)

۵- مهم‌ترین مفهوم ارتقای سلامت (Health Promotion) کدام گزینه زیر است؟ *(علوم پایه پزشکی - شهریور ۹۹)*

الف) توانمندسازی مردم در تصمیم‌گیری برای سلامت خود

ب) ارتقای آگاهی بهداشتی مردم به منظور تغییر رفتار

ج) تغییر فرهنگ بهداشتی مردم جهت توسعه اقتصادی و اجتماعی
د) ایجاد هماهنگی‌های درون بخشی برای توسعه سلامت جامعه

پاسخ: ب)

۶- عبارت زیر بیانگر برداشت فرد از کدام بخش از الگوی باور بهداشت است؟ *(پزشکی علوم پایه نوین - شهریور ۱۳۹۸)*
«اگر سیگار بکشم ممکن است من هم مثل سایرین به سرطان ریه مبتلا شوم»

الف) محرک محیطی　　ب) میزان شدت بیماری
ج) میزان آسیب‌پذیری نسبت به بیماری　　د) میزان منافع ترک اقدام غیر بهداشتی

پاسخ: در مدل «باور سلامتی»، یکی از باورهایی که یک رفتار سلامتی را باعث می‌شود، آسیب‌پذیری شخص نسبت به عامل خطر یا بیماری است. مراجعه به صفحه ۳۴، مدل «باور سلامتی».

پاسخ: ج)

۷- «سلامت به‌عنوان منبع زندگی روزمره نه هدف زندگی» در کدام کنفرانس مطرح شد؟ *(تالیفی)*

الف) آلماآتا ۱۹۷۸　　ب) اتاوا ۱۹۸۶　　ج) نایروبی ۲۰۰۹　　د) هلسینکی ۲۰۱۳

پاسخ: ب)

۸- کدام‌یک جزء ابعاد ارتقای سلامت نیست؟ *(تالیفی)*

الف) حکمرانی خوب　　ب) سواد سلامت　　ج) شهرهای سالم　　د) عدالت اجتماعی

پاسخ: ارجاع به صفحه ۳۰، قسمت ابعاد ارتقای سلامت

پاسخ: د)

۹- کدام جمله درباره رویکردهای ارتقاء سلامت نادرست است؟ *(تالیفی)*

الف) در رویکرد تغییر رفتار، در ابتدا سنجش موفقیت آسان است.
ب) در رویکرد آموزشی برخلاف رویکرد تغییر رفتار، فرد مجبور به انجام رفتار خاصی نمی‌شود.
ج) در رویکرد آموزشی، داشتن آگاهی برای انتخاب درست کافی است.
د) رویکرد توانمندسازی مراجع محور، می‌تواند در سطح فردی یا جامعه انجام شود.

پاسخ: از معایب رویکرد آموزشی این است که فرد علیرغم داشتن آگاهی ممکن است درست انتخاب نکند ← تغییر نگرش نیز مهم است. مراجعه به صفحه ۳۱، رویکردهای ارتقای سلامت.

پاسخ: ج)

۱۰- کدام مدل از مدل‌های ارتقای سلامت برای برنامه‌ریزی و ارزشیابی برنامه سلامت و طراحی برنامه آموزشی جامعه مناسب است؟ *(تالیفی)*

الف) مدل پرسید - پروسید　　ب) مدل مراحل تغییر　　ج) مدل باور سلامتی　　د) گزینه ب و ج

پاسخ: مدل پرسید - پروسید برای برنامه‌ریزی و ارزشیابی برنامه سلامت و طراحی برنامه آموزشی جامعه مناسب است. مدل‌های تغییر رفتار و باورهای سلامتی برای تغییر رفتار در افراد و پیشبینی رفتارها کاربرد دارند.

پاسخ: الف)

۱۱- کدام جمله زیر نادرست است؟ *(تالیفی)*

الف) ضروری‌ترین قسمت مدل پرسید - پروسید مرحله اجرا است.

ب) رسانه‌ها نوعی Cue to action (اشاره برای عمل) هستند.

ج) در مدل پرسید - پروسید ارزشیابی اثر متمرکز روی اثرات فوری است و ارزیابی پیامد تأثیر برنامه در دراز مدت روی کیفیت زندگی را بررسی می‌کنند.

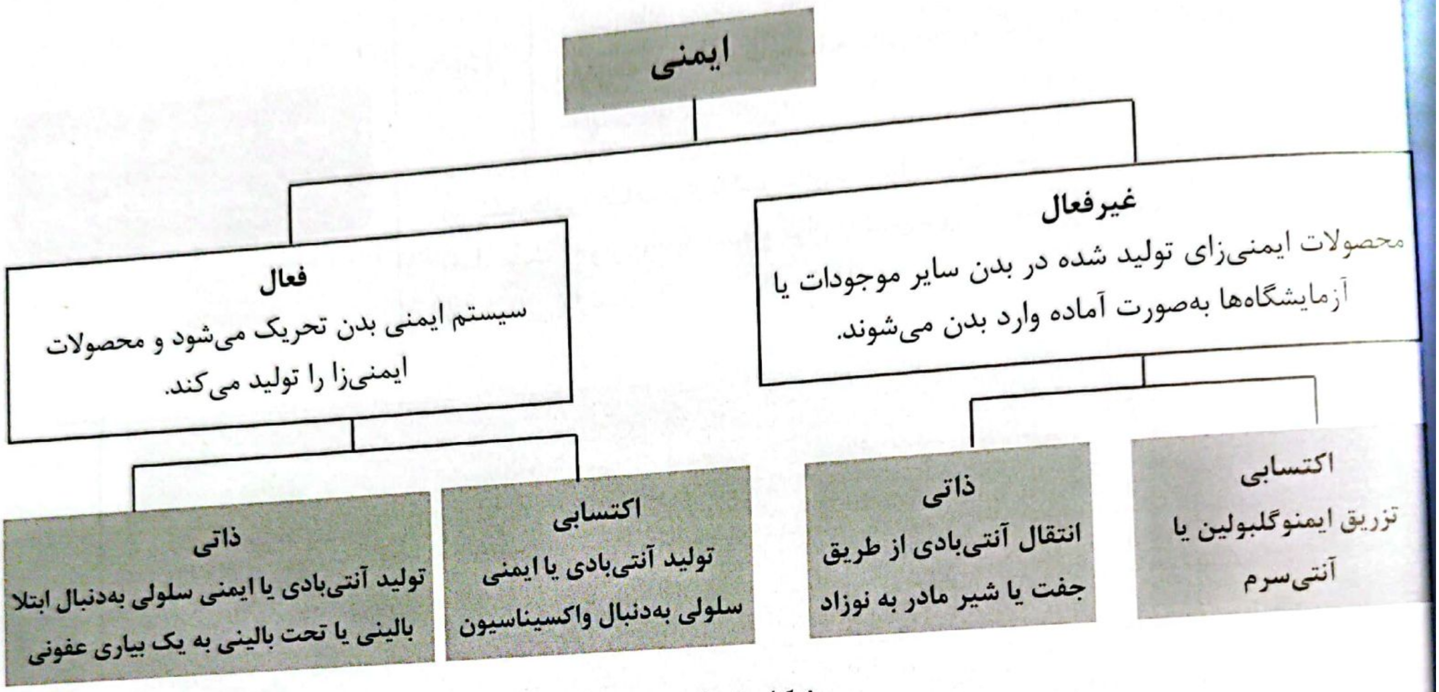
د) آموزش سلامت زیر مجموعه ارتقای سلامت است.

پاسخ: ضروری‌ترین قسمت مدل پرسید - پروسید، مرحله ارزیابی آموزشی و اکولوژیک (مرحله چهارم) است.

پاسخ: الف)

فصل ۸: اصول و کلیات ایمنی‌سازی

- *مصونیت:* توانایی بدن انسان در افتراق اجزای خودی از اجزای مهاجم خارجی



شکل ۱-۸. انواع ایمنی

- *ایمنی‌سازی:* هرگونه اقدامی که به منظور جلوگیری از بروز عفونت و یا تخفیف شکل طبیعی بیماری در فردی با تجویز آنتی‌بادی یا آنتی‌ژن به عمل آید.

واکسیناسیون ← پس از تأمین آب آشامیدنی سالم، واکسیناسیون بیشترین تأثیر را در کاهش مرگ و میر به‌ویژه در کودکان و افزایش امید به زندگی داشته.

تاریخچه واکسیناسیون

- چینی‌ها (سال ۱۰۰۰م) ← فلج آبله
- ادوارد جنر (۱۷۹۶م) ← واکسن آبله گاوی
- لویی پاستور (۱۸۸۵م) ← واکسن هاری
- برنامه گسترش ایمن‌سازی در جهان (۱۹۷۴م، برنامه کشوری واکسیناسیون در ایران از سال ۱۳۶۳ شروع شده است ← حدوداً ۱۱ سال بعد از ابلاغ سازمان جهانی بهداشت) ← با هدف ایجاد مصونیت در کودکان زیر یک سال در برابر بیماری‌های (۱) دیفتری، (۲) کزاز، (۳) سیاه سرفه،(۴) سرخک، (۵) فلج اطفال، (۶) سل
- آبله در ۱۹۷۸ ریشه کن شد. فلج اطفال بیش از ۹۹/۹٪ در دنیا کاهش یافته

نقاط تمایز برنامه ایمن‌سازی از سایر برنامه‌های حفظ و ارتقاء سلامت

- ابزاری اثبات‌شده برای کنترل و حذف بیماری‌های عفونی ← کاهش مرگ و معلولیت و نابرابری
- علی‌رغم تأثیرات زیاد، هزینه زیادی ندارد ← هزینه اثربخش
- گروه هدف بزرگ و تعریف شده‌ای دارد.
- نیاز به ایجاد تغییرات زیاد در شیوه زندگی افراد ندارد.
- تأثیر آن بر شاخص‌های مطرح سلامت غیرقابل انکار است.

بومی‌سازی برنامه جهانی ایمن‌سازی برای هر کشور

- دلیل
  - اپیدمیولوژی بیماری‌ها، ساختار ژنتیکی افراد و سطح ایمنی عمومی در کشورهای مختلف متفاوت است.
  - اولویت‌های سلامت و منابع مالی موجود کشورها و همچنین فرهنگ و سنت آنها متفاوت است.
- در کشورهای مختلف نوع واکسن‌های مشمول برنامه، سن مناسب تجویز و یادآور آنها، تعداد نوبت تجویز توصیه شده و انواع واکسن‌های توصیه شده برای جمعیت‌های خاص تفاوت‌هایی دارند.

برنامه کشوری واکسیناسیون در ایران

جدول ۱-۸. واکسن‌های برنامه گسترش ایمنی‌سازی کشوری

بیماری	نام واکسن		نام انگلیسی واکسن	علامت اختصاری
سل (توبرکلوزیس)	ب.ث.ژ		Bacille Calmette-Guerin	BCG
دیفتری -کزاز	دوگانه خردسالان		Diphtheria. Tetanus	DT
	دوگانه بزرگسالان		Tetanus. Reduced diphtheria	Td
کزاز	توکسوئید کزاز		Tetanus Toxoid	TT
فلج اطفال	فلج اطفال خوراکی	سه ظرفیتی	Trivalent Oral Polio Vaccine	tOPV
		دو ظرفیتی	Bivalent Oral Polio Vaccine	bOPV
	فلج اطفال تزریقی		Inactivated Polio Vaccine	IPV
سرخک- سرخچه - اوریون	سرخک- سرخچه - اوریون		Measles. Mumps. Rubella	MMR
هپاتیت ب	هپاتیت ب		Hepatitis B	HepB
دیفتری – کزاز- سیاه سرفه	سه گانه (ثلاث)		Diphtheria.Tetanus.Whole cell Pertussis	DTP
دیفتری - کزاز- سیاه‌سرفه- هپاتیت ب - هموفیلوس آنفلوانزای تیپ ب	پنج گانه		Diphtheria. Tetanus Pertussis (DTP) + Hepatitis B + Haemophilus Influenzae type b	Pentavalent (DTP+ Hib+ HepB)
هموفیلوس آنفلوانزای تیپ ب	هموفیلوس آنفلوانزای تیپ ب		Haemophilus Influenzae type b	Hib

جدول ۲-۸. برنامه واکسیناسیون کودکان از سال ۱۳۹٤	
سن	نام واکسن‌ها
بدو تولد	سل (ب.ث.ژ) قطره خوراکی فلج اطفال، هپاتیت ب
۲ ماهگی	قطره خوراکی فلج اطفال، پنج‌گانه
۴ ماهگی	قطره خوراکی فلج اطفال، فلج اطفال تزریقی، پنج‌گانه
۶ ماهگی	قطره خوراکی فلج اطفال، پنج‌گانه
۱۲ ماهگی	MMR
۱۸ ماهگی	MMR، قطره خوراکی فلج اطفال، سه‌گانه
۶ سالگی	قطره خوراکی فلج اطفال، سه‌گانه
هر ۱۰ سال	دوگانه بزرگسالان

- گروه‌های خاص ← مانند: نوزادان تب‌دار، مبتلا به زردی، نارس، دارای نقص ایمنی، دارای ضایعات مغزی، متولد شده از مادران HBsAg مثبت یا HIV مثبت و ... ← واکسن‌های دیگری هم برای برخی از این افراد توصیه شده.

جدول ۲-۸. واکسن‌های گروه‌های خاص			
بیماری	نام واکسن	نام انگلیسی واکسن	علامت اختصاری
اسهال روتاویروسی	روتاویروس	Rotavirus Vaccine	RV
عفونت‌های پنوموکوکی	پنوموکوک پلی ساکاریدی ۲۳ ظرفیتی	Pneumococcal Polysaccharide Vaccine 23-Valent	PPSV23
	پنوموکوک کنژوگه ۱۳ ظرفیتی	Pneumococcal Conjugate Vaccine 13-Valent	PCV13
آبله مرغان	آبله مرغان	Varicella	VAR
آنفلوانزا	آنفلوانزا	Inactivated Influenza Vaccine	IIV
مننژیت	مننگوکوک کنژوگه	Meningoccal ACW-135 Conjugate Vaccine	MCV4
	مننگوکوک پلی‌ساکاریدی چهارظرفیتی	Meningococcal ACYW-135 Conjugate Vaccine	MPSV4
	مننگوکوک پلی‌ساکاریدی دوظرفیتی	Polysaccharide Meningococcal A + C vaccine	MPSV2
هاری	هاری	Rabies Vaccine	Rabies
تب زرد	تب زرد	Yellow fever Vaccine	YF

- اگر واکسن در زمان مقرر به نوزاد تزریق نشد ← برنامه جدیدی برای وی تنظیم شود.

طبقه‌بندی واکسن‌ها

- زنده ضعیف شده
  - بجز انواع خوراکی، معمولاً ایمنی با یک دوز از این واکسن‌ها تا حد قابل قبولی ایجاد می‌شود.
  - احتمال بروز واکنش‌های شدید ناخواسته در انواع تزریقی آن وجود دارد.
  - در برابر نور و گرما حساسند ← در طبقه فوقانی یخچال و دمای $2-8\ ^{\circ}C$ نگهداری شود.
  - خود دو دسته باکتریایی (ب.ث.ژ (علیه سل)، تیفوئید خوراکی) و ویروسی (سرخک، سرخچه، اوریون،آبله مرغان و زونا، تب زرد، روتا ویروس، فلج اطفال خوراکی، آنفلوانزای داخل بینی) دارند.

- غیرفعال
  - نمی‌توانند تکثیر شوند.
  - کمتر از واکسن‌های زنده تحت تأثیر تخریب آنتی‌بادی‌ها قرار می‌گیرند.
  - همیشه به چند دوز از آنها نیاز است.
  - اکثراً پاسخ ایمنی ایجاد شده توسط آنها همورال است.
  - به دوز یادآور نیاز دارند.
  - انواع
    - حاوی سلول کامل
      - ویروسی: پولیو (فلج اطفال)، هپاتیت A، هاری، آنفلوانزا
      - باکتریایی: سیاه سرفه، حصبه، وبا، طاعون
    - حاوی اجزاء ارگانیسم
      - برپایه پروتئین: هپاتیت B، آنفلوانزا، سیاه سرفه فاقد سلول، سیاه زخم، ویروس پاپیلومای انسانی
      - برپایه پلی‌ساکارید
        - پلی‌ساکارید خالص: پنوموکوک، مننگوکوک، سالمونلا تیفی ← این واکسن‌ها درکودکان با سن کمتر از ۲ سال ایمنی دائم ایجاد نمی‌کنند، به یادآور پاسخ نمی‌دهند و آنتی‌بادی کارایی تولید نمی‌کنند.
        - پلی‌ساکارید کونژوگه: هموفیلوس آنفلوانزای نوع b، پنوموکوک، مننگوکوک
    - واکسن‌های نوترکیب: هپاتیت B، پاپلوما ویروس انسانی، آنفلوانزا، سالمونلا تیفی

جدول ۳-۸. انواع واکسن‌های زنده و راه تجویز و مقدار تجویز آنها

نام واکسن	ماهیت واکسن	راه تجویز	مقدار تجویز
ب.ث.ژ	باسیل زنده ضعیف شده کالمت گرن	داخل جلدی	۰/۰۵ میلی‌متر
فلج اطفال خوراکی	ویروس زنده ضعیف شده	خوراکی	۲ قطره
تب زرد	ویروس زنده ضعیف شده	زیرجلدی	۰/۵ میلی‌لیتر
MMR	ویروس زنده ضعیف شده سرخک، اوریون و سرخچه	زیرجلدی	۰/۵ میلی‌لیتر
آبله مرغان	ویروس زنده ضعیف شده	زیرجلدی یا عضلانی	۰/۵ میلی‌لیتر

جدول ۴-۸. انواع واکسن‌های غیرفعال و راه تجویز و مقدار تجویز آنها

نام واکسن	ماهیت واکسن		راه تجویز	مقدار تجویز
پنج‌گانه (پنتاوالان)	توکسوئید کزاز، توکسوئید دیفتری، باکتری کشته شده سیاه سرفه، آنتی‌ژن سطحی ویروس هپاتیت ب، کنژوگه با پلی‌ساکارید کپسول هموفیلوس آنفلوانزای تیپ ب		عضلانی	۰/۵ میلی‌متر
سه‌گانه	توکسوئید کزاز، توکسوئید دیفتری، باکتری کشته شده سیاه سرفه		عضلانی	۰/۵ میلی‌لیتر
دوگانه	توکسوئید کزاز، توکسوئید دیفتری		عضلانی	۰/۵ میلی‌لیتر
هموفیلوس آنفلوانزای تیپ ب	پروتئین کنژوگه با پلی‌ساکارید کپسول باکتری		عضلانی	۰/۵ میلی‌لیتر
توکسوئید کزاز	توکسوئید کزاز		عضلانی	۰/۵ میلی‌لیتر
فلج‌اطفال تزریقی	ویروس غیرفعال		زیرجلدی یا عضلانی (ترجیحاً عضلانی)	۰/۵ میلی‌لیتر
هپاتیت ب	آنتی‌ژن سطحی ویروس		عضلانی	۱۰ سال و کمتر، ۰/۵ میلی‌لیتر بالای ۱۰ سال، ۱ میلی‌لیتر (در بزرگسالان دیالیزی و بزرگسالان مبتلا به نقایص سیستم ایمنی با دوز ۲ برابر تزریق شود.)
آنفلوانزا	پروتئین‌های سطحی ویروس		عضلانی	۶ تا ۳۵ ماه ۰/۲۵ میلی‌لیتر ۳۶ ماه و بالاتر، ۰/۵ میلی‌لیتر
پنوموکوک	کنژوگه	کنژوگه	عضلانی	۰/۵ میلی‌متر
	پلی‌ساکاریدی	پلی‌ساکاریدی	عضلانی	۰/۵ میلی‌لیتر
مننگوکوک	کنژوگه	پروتئین کنژوگه با پلی‌ساکارید کپسول باکتری	عضلانی	۰/۵ میلی‌لیتر
	پلی‌ساکاریدی	پلی‌ساکارید کپسول باکتری	زیرجلدی	
هاری	ویروس غیرفعال		عضلانی	۰/۵ میلی‌لیتر

پایش برنامه واکسیناسیون

- سازمان جهانی بهداشت و صندوق کودکان سازمان ملل متحد، «شاخص پوشش واکسیناسیون» را سالانه برای کشورها محاسبه و اعلام می‌کنند.
- محاسبه «شاخص پوشش واکسیناسیون» در یک سال: تعداد کودکان **زیر یک سال که** (۱) سه نوبت واکسیناسیون با واکسن سه‌گانه، (۲) یک نوبت واکسن ب.ث.ژ، (۳) یک نوبت واکسن سرخک و (۴) سه نوبت قطره فلج اطفال خوراکی گرفته‌اند، تقسیم بر کل جمعیت کودکان یک ساله هر کشور ← این شاخص در ایران = ۹۹٪

- عوارض جانبی واکسن‌ها ← طیف عوارض از التهاب موضعی محل تزریق، تب و بی‌حالی، تا شوک آنافیلاکسی و مرگ

سؤالات برگزیده اصول و کلیات ایمنی‌سازی

۱- براساس شاخص‌های پایش و ارزشیابی بهداشت برای همه، واکسیناسیون علیه کدام‌یک از بیماری‌های زیر در برنامه ایمن‌سازی کودکان مورد بررسی قرار نمی‌گیرد؟ (علوم پایه پزشکی- شهریور ۱۴۰۱)

الف) دیفتری ب) هپاتیت B ج) سرخک د) سیاه سرفه

پاسخ: برنامه گسترش ایمن‌سازی در ایران از سال ۱۳۶۳ و با هدف ایجاد مصونیت در کودکان زیر یک سال در برابر بیماری‌های (۱) دیفتری، (۲) کزاز، (۳) سیاه سرفه، (۴) سرخک، (۵) فلج اطفال و (۶) سل شروع شد.

پاسخ: ب)

۲- کدام جمله زیر نادرست است؟ (تالیفی)

الف) مصونیت عبارت است از توانایی بدن انسان در افتراق اجزای خودی از اجزای مهاجم خارجی.

ب) واکسیناسیون بیشترین تأثیر را در کاهش مرگ و میر، به ویژه کودکان داشته.

ج) برنامه واکسیناسیون ایران حدود ۱۱ سال بعد از ابلاغ سازمان جهانی بهداشت شروع شد.

د) در کشورهای مختلف، نوع واکسن‌های مشمول برنامه‌های واکسیناسیون متفاوت است.

پاسخ: پس از تأمین آب آشامیدنی واکسیناسیون بیشترین تأثیر را در کاهش مرگ و میر، به ویژه کودکان و افزایش امید به زندگی داشته (گزینه ب).

پاسخ: ب)

۳- کدام‌یک از گزینه‌های زیر ایمنی غیرفعال ذاتی می‌باشد؟ (تالیفی)

الف) واکسن ب) ایمنوگلبولین

ج) ایمنی ناشی از شیر مادر و جفت د) سلول‌های خاطره

پاسخ: مراجعه به صفحه ۳۹، شکل ۱-۸.

پاسخ: ج)

۴- کدام‌یک از واکسن‌های زیر جزء واکسن‌های برنامه گسترش ایمنی‌سازی کشوری ایران نیست؟ (تالیفی)

الف) هپاتیت ب ب) هموفیلوس آنفلوانزای تیپ ب

ج) تب زرد د) توکسوئید کزاز

پاسخ: واکسن تب زرد (YF) جزء واکسن‌های گروه‌های خاص می‌باشد. مراجعه به صفحه ۴۰، جدول ۱-۸.

پاسخ: ج)

۵- طبق برنامه واکسیناسیون کودکان در ایران، در بدو تولد کدام‌یک از واکسن‌های زیر تجویز نمی‌شود؟ (تالیفی)

الف) ب.ث.ژ ب) هپاتیت ب ج) قطره خوراکی فلج اطفال د) MMR

پاسخ: مراجعه به صفحه ۴۱، جدول ۲-۸.

پاسخ: د)

۶- کدام جمله درباره واکسن‌های زنده ضعیف شده صحیح نمی‌باشد؟ (تالیفی)

الف) احتمال بروز واکنش‌های شدید ناخواسته در انواع تزریقی آن وجود دارد.

ب) در برابر نور و گرما حساسند.

ج) همیشه به چند دوز از آنها نیاز است.

د) واکسن تیفوئید خوراکی، واکسن زنده ضعیف شده باکتریایی است.

پاسخ: در واکسن‌های زنده ضعیف شده، بجز انواع خوراکی، معمولاً ایمنی با یک دوز از این واکسن‌ها تا حد قابل قبولی ایجاد می‌شود. در واکسن‌های غیرفعال، تیتر آنتی‌بادی تولید شده در نتیجه استفاده از آنها به مرور زمان کاهش می‌یابد؛ بنابراین به دوزهای مکمل و یادآور نیاز دارند.

پاسخ: ج)

۷- کدام جمله درباره واکسن سالمونلا تیفی درست نیست؟ *(تالیفی)*

الف) نوعی واکسن غیرفعال است.

ب) حاوی اجزای ارگانیسم است.

ج) در کودکان زیر ۲ سال ایمنی دائم ایجاد نمی‌کند.

د) بر پایه پروتیین است.

پاسخ: واکسن‌های پنوموکوک، مننگوکوک و سالمونلا تیفی، واکسن‌های غیرفعال حاوی اجزای ارگانیسم پر پایه پلی‌ساکارید خالص هستند. این واکسن‌ها در کودکان با سن کمتر از ۲ سال ایمنی دائم ایجاد نمی‌کنند، به یادآور پاسخ نمی‌دهند و آنتی‌بادی کارایی تولید نمی‌کنند. البته واکسن‌های پنوموکوک و مننگوکوک نوع پلی‌ساکاریدی کونژوگه هم دارند.

پاسخ: د)

۸- کدام واکسن زیر یک واکسن غیرفعال نیست؟ *(تالیفی)*

الف) تب زرد
ب) هاری
ج) فلج اطفال تزریقی
د) هموفیلوس آنفلوانزای تیپ ب

پاسخ: مراجعه به صفحه ۴۲، جدول ۳-۸.

پاسخ: الف)

۹- در مورد «شاخص پوشش واکسیناسیون»، کدام‌یک از موارد زیر درست است؟ *(تالیفی)*

الف) تنها توسط سازمان جهانی بهداشت برای کشور ها محاسبه می‌شود.

ب) این شاخص در ایران ۸۶٪ است.

ج) این شاخص برای کودکان زیر ۱۸ ماه محاسبه می‌شود.

د) صورت این شاخص کودکانی‌اند که سه نوبت واکسیناسیون با واکسن سه گانه، یک نوبت واکسن ب.ث.ژ، یک نوبت واکسن سرخک و سه نوبت قطره فلج اطفال خوراکی گرفته‌اند.

پاسخ: «شاخص پوشش واکسیناسیون» سالانه توسط سازمان جهانی بهداشت و صندوق کودکان سازمان ملل برای کشورها محاسبه می‌شود. صورت این شاخص کودکان زیر یکسالی‌اند که سه نوبت واکسیناسیون با واکسن سه گانه، یک نوبت واکسن ب.ث.ژ، یک نوبت واکسن سرخک و سه نوبت قطره فلج اطفال خوراکی گرفته‌اند و مخرج آن کل جمعیت کودکان یک ساله هر کشور است. این شاخص ۸۶٪ در دنیا و ۹۹٪ در ایران برآورد شده.

پاسخ: د)

فصل ۹: سلامت و ایمنی محیط کار

سلامت شغلی

- **اهداف**
  - حفظ و ارتقاء سلامت کارکنان با کنترل عوامل شغلی که سلامت و ایمنی را به مخاطره می‌اندازند.
  - توسعه و ارتقاء محیط کار سالم و ایمن
  - بهبود توان کار و توسعه حرفه‌ای و اجتماعی
  - توانمند کردن کارکنان برای داشتن یک زندگی مولد از نظر اجتماعی و اقتصادی
- بار این بیماری‌ها در کشورهای با درآمد کم و متوسط بیشتر است زیرا مقررات سلامت شغلی به خوبی اجرا نمی‌شود.
- **تاریخچه**
  - اولین بار در کدهای حمورابی (۲۵۰۰ پیش از میلاد)
  - اولین کتاب مربوط به بیماری‌های شغلی: «بیماری‌های کارگران» ← برناردو رامازینی (پدر سلامت شغلی) ← در کتاب خود توصیه کرد که شغل بیمار هم در شرح‌حال گرفتن پرسیده شود.

مقایسه مخاطره (Hazard) و خطر (Risk)

- مخاطرات سلامت عواملی هستند که اثرات نامطلوبی بر سلامت می‌گذرانند.
- خطر احتمال ایجاد بیماری و اختلال در مواجهه با مخاطرات سلامت است.
- **مراحل ارزیابی مخاطرات سلامت**
  1. شناسایی مخاطره
  2. تعیین مختصات مخاطره
  3. ارزیابی مواجهه
  4. تخمین خطر
  5. اقدامات کنترلی
- در اولیت‌بندی ارتقاء سلامت شغلی، باید احتمال ایجاد پیامدهای بالقوه در اثر مواجهه با مخاطرات سلامت و شدت این پیامدها را با هم در نظر گرفت ← برای مثال: احتمال ابتلا به HIV در اثر فرو رفتن سوزن آلوده به دست کم است ولی در صورت ابتلا، شدت این بیماری بالاست. بنابراین پیشگیری از ابتلا به HIV به‌عنوان یک بیماری شغلی در پرسنل پزشکی اهمیت قابل توجهی پیدا می‌کند.

احتمال خطر	شدت پیامد [در صورت وقوع]			
	خانمان برانداز (کشنده) (Catastrophic)	شدید (Serious)	خفیف (Slight)	جزئی (Minimal)
محتمل (Probable)	بالا	بالا	متوسط	متوسط
ممکن (Possible)	بالا	بالا	متوسط	کم
غیرمحتمل (Unlikely)	متوسط	متوسط	کم	کم
قابل اغماض (Negligible)	متوسط	کم	کم	کم

شکل ۱-۹. ماتریکس دو بُعدی ارزیابی خطر

- عده‌ای بر این باورند که بُعد سوم یعنی فراوانی مواجهه نیز باید به ارزیابی خطر اضافه شود.

محل کار سالم

- سلامت، امنیت و رفاه پرسنل حفظ شود ← با توجه به نیازها
  - دغدغه‌های سلامت و ایمنی در محیط فیزیکی کار
  - دغدغه‌های سلامت و ایمنی در محیط روانی اجتماعی
  - دسترسی به منابع سلامت فردی
  - مشارکت اجتماعی در سطح سازمان

محیط فیزیکی کار

- شامل تجهیزات، محصولات، کار، مکان و ... ← تأثیرگذار بر سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و ذهنی کارکنان
- مخاطرات محیط فیزیکی کار ← شامل
  - **فیزیکی:** حرارت، صدا، نور، تشعشعات، فشار، ارتعاش
  - **شیمیایی:** حلال‌ها، حشره‌کش، پنبه نسوز، دود سیگار
  - **زیستی:** میکروارگانیسم‌ها، عدم دسترسی به آب سالم و سرویس بهداشتی مناسب
  - **ارگونومی:** مانند فعالیت‌های تکراری یا نیازمند نیروی زیاد، وضعیت نامناسب کار
  - **مکانیکی:** مانند کار کردن با لولاها یا اهرم
  - **انرژی:** برق گرفتگی، سقوط از ارتفاع
  - **حرکت:** رانندگی در شرایط سخت یا با وسیله نقلیه غیرایمن
- ↓ بیشترین قابلیت ایجاد آسیب و مرگ

محیط روانی اجتماعی

- شامل فرهنگ سازمانی، نگرش‌ها، ارزش‌ها و باورها ← تأثیرگذار بر سلامت جسمی و روانی کارکنان
- مخاطرات روانی اجتماعی
  - انتظارات زیاد از افراد
  - عدم شفافیت مسئولیت‌ها
  - انگشت‌نما شدن به خاطر بیماری
  - خشونت و تهدید
  - عدم امنیت شغلی
  - تحت فشار بودن
  - تداخل بین وظایف افراد
  - عدم حمایت از رفتارهای سالم
  - عدم حمایت از طرف بالادستی‌ها
  - تبعیض جنسیتی یا قومیتی

منابع سلامت فردی

← شامل: خدمات سلامت، اطلاعات، منابع، فرصت‌ها و محیط حمایتگری برای سالم زیستن

مشارکت اجتماعی در سطح سازمان

- فعالیت‌های مشوق سلامت
- منابعی را در اختیار کارکنان می‌گذارد که سلامت آنها حفظ شود یا ارتقاء یابد ← مثلاً پوشش درصدی از هزینه‌های درمانی

بیماری‌های واگیر شغلی

- عفونت‌های تنفسی ← مانند ابتلا به سل در پرسنل درمانی
- عفونت‌های روده‌ای ← در کشاورزان به‌دلیل استفاده از فاضلاب‌های خانگی به جای کود
- ابتلا به مالاریا ← سفر به مناطق با شیوع بالا از مناطق با شیوع کم
- HIV/AIDS ← Needle-stick شدن

بیماری‌های غیرواگیر شغلی

- **سرطان‌ها**
  - سرطان ریه، نای و برونش (۶۳٪ بار بیماری مزوتلیوما شغلی و در اثر مواجهه با آزبست است)
  - سرطان حنجره (در معدن کاران، آهنگران، کارگران ساختمانی، کارگران لاستیک سازی)
  - سرطان خون (لاستیک سازی، کار با بنزین، آفت‌کش‌ها و علف‌کش‌ها)
  - سرطان نازوفارنکس (مواجهه با گرد و غبار چوب بری)
  - سرطان مثانه (نقاشی، نساجی، آرایشگری، صنایع پرینت و چاپ، پلاستیک سازی، لاستیک سازی، مواجهه با اگزوز دیزل)
  - ملانوما (مواجهه با اشعه UV هنگام کار زیر نور خورشید، مواجهه با دوده، آرسنیک)
  - سرطان معده (لاستیک سازی)
- **بیماری‌های مزمن انسدادی ریه (COPD)** ← در کارگران معادن سنگ و ذغال سنگ، کشاورزان، کارگران ساختمانی، جوشکاری، صنایع لاستیک و پلاستیک، نساجی، حمل و نقل با ماشین‌های سنگین
- **آسم** ← در مواجهه با دود سیگار، مواد شوینده، گندزداها، آنزیم‌ها، قهوه، آرد، آلرژن‌ها، گرد و غبار چوب و فلزات.
- **پنوموکونیوز** ← در مواجهه با گرد و غبار، سیلیس، آزبست
- **درگیری‌های عضلانی اسکلتی** ← کمر درد، آرتریت روماتوئید، استئوآرتریت، گردن درد
- **آسیب‌ها** ← آسیب‌های جاده‌ای، سقوط، سوختگی، غرق شدگی، مسمومیت، نیروهای مکانیکی
- **اختلالات روانی عصبی و رفتاری** ← افسردگی، مصرف مواد و الکل
- **کاهش شنوایی** ← به‌دلیل سر و صدای زیاد و برخی مواد سمی شیمیایی

بار بیماری‌های شغلی

- بیشترین بار این بیماری‌ها در اثر ← آسیب، کمر درد و گردن درد، سرطان‌ها، COPD، افسردگی، مصرف الکل و مواد، افت شنوایی، HIV
- در مردان بیش از زنان ← دلیل اصلی آن حضور بیشتر مردان در عرصه‌های شغلی است.
- زنان بیشتر احتمال دارد در شرایط نامطلوب شغلی قرار بگیرند.

مقایسه بیماری‌های شغلی و بیماری‌های مرتبط با شغل

- بیماری‌های شغلی (Ocupational) ← تقریباً همیشه ناشی از شغل ← مثل آزبستوزیس یا مزوتلیوما
- بیماری‌های مرتبط با شغل (Work-Related) ← هم به علت شرایط نامساعد شغلی می‌توانند ایجاد شوند هم به‌علل دیگر مثل سبک زندگی نامناسب ← مثل کمر درد

غیبت از کار به‌دلیل بیماری

- **کوتاه‌مدت**
  - **شایع‌ترین علت:** سرماخوردگی، آنفلوانزا و سردرد
  - **دومین علت مهم**
    - مشاغل یدی: درگیری‌های عضلانی اسکلتی، سپس استرس
    - مشاغل غیریدی: استرس، سپس درگیری‌های عضلانی اسکلتی
- **طولانی‌مدت** ← در کارمندان ادارات دولتی: استرس و اختلالات عضلانی اسکلتی

اختلالات مرتبط با بیکاری

- بین افراد بیکار احتمال سیگار کشیدن، مصرف الکل و رفتارهای پر خطر جنسی بیشتر و فعالیت بدنی کمتر است.
- آنها بیش از افراد سالم از خدمات بهداشتی درمانی استفاده می‌کنند.

اهمیت تشخیص به‌موقع بیماری‌های شغلی

- شواهد بالینی برخی بیماری‌های شغلی کاملاً شبیه به بیماری‌های غیرشغلی است.
- بیماری‌های شغلی ممکن است زمانی ایجاد شوند که مواجهه با مخاطرات شغلی خاتمه پیدا کرده.
- شواهد بالینی بیماری‌های شغلی مرتبط با دوز و مدت زمان مواجهه با عوامل بیماری‌زاست.
- تأثیر عوامل شغلی می‌تواند در کنار عوامل غیرشغلی تشدید شوند ← مثلاً مواجهه با پنبه نسوز (آزبست) اگر همراه با سیگار کشیدن باشد، احتمال سرطان ریه چند برابر می‌شود.

سطح پیشگیری از بیماری‌های شغلی

- سطح اول
  - کاهش خطر ابتلا با کاهش میزان یا شدت مواجهه با مخاطرات شغلی
  - **گروه هدف:** افرادی که دچار بیماری نیستند.
  - **مداخلات شامل:** ایمن‌سازی، آموزش، سیاست‌گذاری و دستورالعمل ← بسیار کم هزینه
- سطح دوم
  - شناسایی اختلالات سلامتی قبل از آشکار شدن بیماری
  - **گروه هدف:** افرادی که عامل خطر دارند ولی بیمار نیستند.
- سطح سوم ← علائم بیماری خود را نشان داده‌اند و ما قصد داریم از بدتر شدن بیماری جلوگیری کنیم.
- سطح چهارم
  - پیشگیری از استفاده بیش از حد منابع و مداخلات سلامت
  - **گروه هدف:** افرادی که احساس ناخوشی می‌کنند و برای گرفتن خدمات سلامت مراجعه کردند ولی بیماری قابل تشخیصی در آنها مشاهده نشده.

سؤالات برگزیده سلامت و ایمنی محیط کار

۱- در عملیات اجرایی بهداشت حرفه‌ای پس از تعیین خطر، کدام‌یک از اقدامات زیر انجام می‌شود؟ *(علوم پایه پزشکی - آبان ۱۴۰۰)*

الف) اندازه‌گیری
ب) شناسایی
ج) اقدامات کنترلی
د) تفسیر نتایج

پاسخ: پس از ارزیابی عامل خطر، اقدامات کنترلی با حذف آن عامل خطر یا جایگزینی آن یا اقدامات مهندسی در محیط انجام می‌پذیرد.

پاسخ: ج)

۲- کدام جمله صحیح است؟ *(تالیفی)*

الف) خطرات سلامتی عواملی هستند که اثرات نامطلوبی بر سلامت می‌گذارند.
ب) مخاطره احتمال ایجاد بیماری و اختلال در مواجهه با خطرات سلامتی است.
ج) در ماتریکس دو بُعدی ارزیابی خطر، بعد دوم فراوانی مواجهه می‌باشد.
د) محتویات محیط فیزیکی کار شامل تجهیزات، محصولات و غیره بر سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و ذهنی کارکنان اثر گذارند.

پاسخ: مخاطرات سلامت عواملی هستند که اثرات نامطلوبی بر سلامت می‌گذراند و خطر، احتمال ایجاد بیماری و اختلال در مواجهه با مخاطرات سلامت است (گزینه الف و ب). ماتریکس دو بعدی ارزیابی خطر شامل احتمال خطر و شدت پیامد است و عده‌ای بر این باورند که بُعد سوم یعنی فراوانی مواجهه نیز باید به ارزیابی خطر اضافه شود (گزینه ج).

پاسخ: د)

۳- در یک محیط کار کدام جزء و مخاطرات آن بیشترین قابلیت ایجاد آسیب و مرگ را دارند؟ (تالیفی)

الف) محیط فیزیکی کار ب) محیط روانی - اجتماعی ج) منابع سلامت فردی د) هیچکدام

پاسخ: مخاطرات محیط فیزیکی کار بیشترین قابلیت ایجاد آسیب و مرگ را دارند.

پاسخ: الف)

۴- منظور از مشارکت اجتماعی در سطح سازمان چیست؟ (تالیفی)

الف) محیط حمایتگری برای سالم زیستن ب) فعالیت‌های مشوق سلامت

ج) خدمات سلامت د) فرهنگ سازمانی

پاسخ: منظور از مشارکت اجتماعی در سطح سازمان، فعالیت‌های مشوق سلامت است که سازمان در آن درگیر می‌شود و منابعی را در اختیار کارکنان می‌گذارد که سلامت آنها را حفظ و ارتقاء دهد (گزینه ب). خدمات سلامت و محیط حمایتگری برای سالم زیستن جزوی از منابع سلامت فردی‌اند (گزینه الف و ج).

ارجاع به صفحه ۴۷، قسمت مشارکت اجتماعی در سطح سازمان

پاسخ: ب)

۵- کدام گزینه درباره بیماری‌های شغلی درست است؟ (تالیفی)

الف) عفونت‌های روده‌ای جزء بیماری‌های غیرواگیر شغلی است که بیشتر در کشاورزان و به دلیل استفاده از فاضلاب‌های خانگی بجای کود دیده می‌شود.

ب) بار بیماری‌های شغلی در مردان بیشتر از زنان است که دلیل اصلی آن شرایط شغلی نامطلوب‌تر مردان است.

ج) ۶۳٪ بار بیماری مزوتلوما شغلی و در اثر مواجهه با سیلیس است.

د) افراد بیکار بیشتر از افراد سالم از خدمات بهداشتی درمانی استفاده می‌کنند.

پاسخ: عفونت‌های روده‌ای ناشی از استفاده فاضلاب در کشاورزان جزء بیماری‌های واگیر شغلی است (گزینه الف). دلیل اصلی بیشتر بودن بار بیماری شغلی در مردان حضور بیشتر مردان در عرصه‌های شغلی است و زنان بیشتر احتمال دارد در شرایط نامطلوب شغلی قرار بگیرند (گزینه ب). ۶۳٪ بار بیماری مزوتلیوما شغلی و در اثر کار با آزبست است (گزینه ج).

پاسخ: د)

۶- کدام جمله نادرست است؟ (تالیفی)

الف) بیماری‌های شغلی بیماری‌هایی هستند که تقریباً همیشه ناشی از شغل می‌باشند.

ب) بیماری‌های مرتبط با شغل هم به علت شرایط نامساعد شغلی می‌توانند ایجاد شوند هم به علل دیگر.

ج) شایع‌ترین علت غیبت کوتاه مدت از کار در مشاغل یَدی، درگیری‌های عضلانی - اسکلتی است.

د) استرس جزء علل اصلی غیبت طولانی‌مدت از کار بین کسانی است که در بخش عمومی کار می‌کنند.

پاسخ: شایع‌ترین علل غیبت کوتاه‌مدت از کار سرماخوردگی، آنفلوآنزا و سردرد هستند.

ارجاع به صفحه ۴۸، قسمت غیبت از کار به‌دلیل بیماری

پاسخ: ج)

۷- کدام جمله درباره بیماری‌های شغلی صحیح نیست؟ (تالیفی)

الف) شواهد بالینی بیماری‌های شغلی مرتبط با دوز و مدت زمان مواجهه با عوامل بیماری‌زاست.

ب) مداخلات سطح اول پیشگیری از بیماری‌های شغلی بسیار کم هزینه‌اند.

ج) گروه هدف سطح دوم پیشگیری از بیماری‌های شغلی افراد بیماری هستند که هنوز از خود علائمی نشان نداده‌اند.

د) گروه هدف سطح چهار پیشگیری از بیماری‌های شغلی افرادی هستند که احساس ناخوشی می‌کنند و برای گرفتن خدمات سلامت مراجعه کرده‌اند ولی بیماری قابل تشخیصی در آنها مشاهده نشده.

پاسخ: گروه هدف سطح دوم پیشگیری از بیماری‌های شغلی افرادی هستند که عامل خطر را دارند ولی هنوز بیمار نیستند.

پاسخ: ج)

فصل ۱۰: اصول مدیریت خدمات سلامت

رهبری و مدیریت

- تعاریف
  - **مدیریت**: فرآیند و فعالیت‌هایی است که هدف آن نیل به اهداف از پیش تعیین شده است. مدیریت برای حمایت و هماهنگی خدمات ارائه شده مورد نیاز است.
  - **برنامه‌ریزی**: تعیین آنچه که باید برای رسیدن به اهداف انجام شود. شامل اولویت‌بندی نیازها، تعیین اهداف و خط مشی و برنامه عملیاتی.
  - **سازمان‌دهی**: طراحی یک سازمان و اجزای آن و تعیین نحوه ارتباط بین اجزا و افراد. تعیین پست‌ها، کارهای تیمی و تفویض اختیارات و مسئولیت
  - **مدیریت نیروی انسانی**: جذب و حفظ نیروی انسانی و توانمند سازی و توسعه فردی
  - **کنترل**: پایش فعالیت‌ها و عملکرد کارکنان

- توانمندی‌های مورد انتظار مدیران
  - توانمندی‌های ذهنی ← مثل تحلیل و حل مشکل و تصمیم‌گیری
  - توانمندی‌های فنی ← مانند استفاده از فناوری اطلاعات
  - توانمندی‌های بین فردی ← مهارت‌هایی برای ارتباط با دیگران شامل پرسنل، مدیران سایر بخش‌ها

- **فرهنگ سازمانی**: شامل باورها، نگرش‌ها، رفتارهای اعضای آن سازمان، ارزش‌ها، رسالت و دورنما، در واقع ماهیت و آنچه سازمان را شکل می‌دهد است. فرهنگ یک سازمان توسط تیم مدیریتی تعریف شده. رهبران سازمان در تثبیت فرهنگ آن و تغییر یا تداوم آن نقش دارند.
- مدیران و رهبران باید سازمان را رو به جلو حرکت دهند در عین حال فعالیت جاری را نیز حفظ کنند.
- رهبران معمولاً نگاه به خارج سازمان و موقعیت آن در محیط دارند و مدیران توجه داخل سازمانی دارند.

- انواع رهبر
  - رهبر استراتژیک
  - رهبر شبکه
  - رهبر عملیاتی ← بیشتر به داخل سازمان تمرکز دارند. (مانند مدیران)

جدول ۱-۱۰. مقایسه توانمندی‌های رهبر و مدیر در یک سازمان

توانمندی‌های رهبر	توانمندی‌های مدیر
تنظیم رسالت و دورنما و ارزش‌های سازمان	هدایت و کنترل کارکنان
ایجاد انگیزش در کارکنان و سایر ذینفعان	اطمینان از انجام فرآیندها
سخنگویی تأثیرگذار	کنترل منابع
تعیین استراتژی‌های آینده سازمان	نظارت بر خدمات
شبکه سازی	نظارت بر اجرای مقررات

سبک‌های رهبری
- دموکراتیک
- خودکامانه
- استراتژیک
- آزادی خواهانه ← تمام قدرت رهبر بین کارکنان تقسیم شده
- تحولی (معامله‌ای) ← کارکنانی که وظایف خود را انجام می‌دهند پاداش می‌گیرند.
- بوروکراتیک یا ارادی ← با روش‌های از پیش تعیین شده پیش می‌روند. با روش‌های ابداعی سازگاری ندارند.

برنامه‌ریزی
- مهم‌ترین دلیل ← محدودیت منابع
- *اجزای برنامه‌ریزی*
  - اهداف
  - منابع
  - روش‌های مناسب و کارآمد
  - آینده

مراحل برنامه‌ریزی

۱- بررسی وضعیت موجود ← بررسی
- خصوصیات دموگرافیک جمعیت
- خصوصیات منطقه
- نیازهای سلامت جمعیت
- خدمات سلامتی که ارائه می‌شوند و کارائی، اثربخشی، منابع، عدالت و کیفیت خدمات

۲- اولویت‌بندی و هدف‌گذاری
- با استفاده از معیارهای اولویت‌بندی مثل بار مشکل، شیوع و بروز و مرگ و میر، هزینه مشکل، قابلیت حل مشکل و ...
- در این مرحله اهداف تعیین می‌شوند.
- ویژگی اهداف (SMART)
  - اختصاصی و مشخص بودن (Specific)
  - قابل اندازه‌گیری بودن (Measurable)
  - دست یافتنی (Attainable)
  - مرتبط بودن (Relevant)
  - محدود به زمان (Time-bound)

- مقصد (Target)، اهداف (Objective) و هدف نهایی (Goal)
- **مقصد:** وضعیت‌هایی هستند که برنامه قصد دارد به آنها برسد.
- **هدف:** برای رسیدن به مقصد به هدف‌های متعددی باید رسید. اهداف به‌طور مستقیم با فعالیت‌ها در ارتباط‌اند. اهداف باید عینی و قابل اندازه‌گیری باشند و نباید کلی باشند.
- **مثال ← بخشی از برنامه استراتژیک کشور ایدز**
  - **هدف نهایی** ← به صفر رساندن موارد جدید ابتلا به HIV و مرگ ناشی از آن
  - **مقاصد**
    - تا پایان سال ۱۳۹۸ شیوع ابتلا به عفونت HIV در جمعیت عمومی کشور کمتر از ۰/۱۵٪ باقی بماند.
    - تا پایان سال ۱۳۹۸ شیوع ابتلا به عفونت HIV در مصرف‌کنندگان تزریقی کشور به کمتر از ۱۳٪ کاهش یابد.
    - تا پایان سال ۱۳۹۸ شیوع ابتلا به عفونت HIV در افراد در معرض خطر انتقال جنسی کمتر از ۵٪ باقی بماند.
    - تا پایان سال ۱۳۹۸ میزان بروز عفونت HIV در نوزادان زنده متولد شده از زنان باردار مبتلا به HIV به میزان ۹۰٪ کاهش یابد.

مراحل برنامه‌ریزی

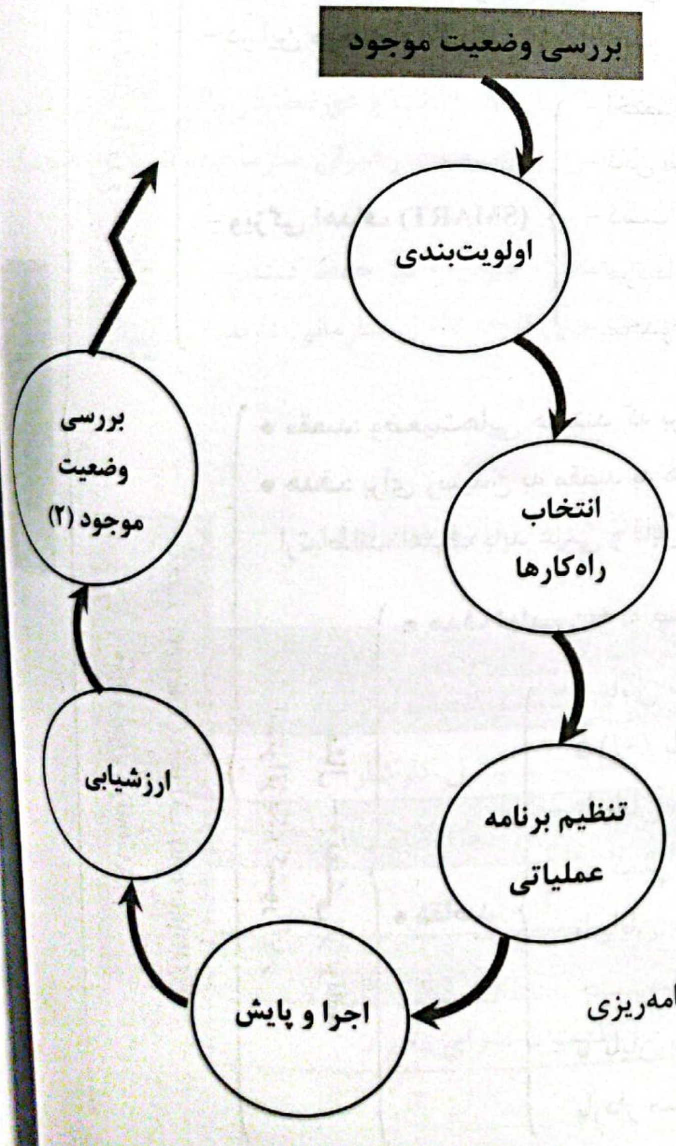
- مقصد (Target)، اهداف (Objective) و هدف نهایی (Goal)
  - مثال ← بخشی از برنامه استراتژیک کشوری ایدز
    - **• اهداف ← اهداف مقصد ۱**
      - تا پایان سال ۱۳۹۸ شیوع ابتلا به عفونت HIV در جمعیت عمومی کشور کمتر از ۰/۱۵٪ باقی بماند.
      - تا پایان سال ۱۳۹۸ حداقل ۳۰٪ افراد ۱۵ تا ۴۹ ساله بتوانند هم روش‌های پیشگیری از انتقال HIV را به درستی تشخیص دهند و هم باورهای غلط مهم درخصوص انتقال HIV را رد کنند.
      - تا پایان سال ۱۳۹۸ حداقل ۶۵٪ افراد بالای ۱۵ سال که در ۱۲ ماه گذشته با بیش از یک نفر تماس جنسی داشته‌اند در آخرین تماس جنسی خود از کاندوم استفاده کنند.
      - تا پایان سال ۱۳۹۸ حداقل ۸۰٪ افراد دارای علائم بیماری‌های مقاربتی، به مراکز استاندارد ارائه‌دهنده خدمات مراقبتی مراجعه کرده باشند.
      - تا پایان سال ۱۳۹۸ انتقال HIV از طریق دریافت خون صفر باقی بماند.

۳- انتخاب بین راه‌کارها ← معیار
- تأثیر راه‌کار بر اهداف سلامت
- هزینه‌های در قبال نتیجه
- امکان انجام راهکار

۴- برنامه عملیاتی و بودجه‌بندی ← تعیین مراحل عملیاتی و فعالیت‌ها

۵- اجرا و پایش

۶- ارزش‌یابی



شکل ۱-۱۰. مارپیچ برنامه‌ریزی

پایش و ارزشیابی

- پایش ← به منظور مشخص نمودن
  - منابع در دسترس و استفاده صحیح از آنها
  - پیشرفت فعالیت‌ها در راستای اهداف برنامه

- ارزشیابی ← جهت تعیین
  - مناسبت (Relevanc)
  - اثربخشی
  - تأثیر نهایی برنامه

درونداد (Input) ← فرآیند ← برونداد (Output) ← منجر به پیامد ← منجر به اثر در سطح جامعه

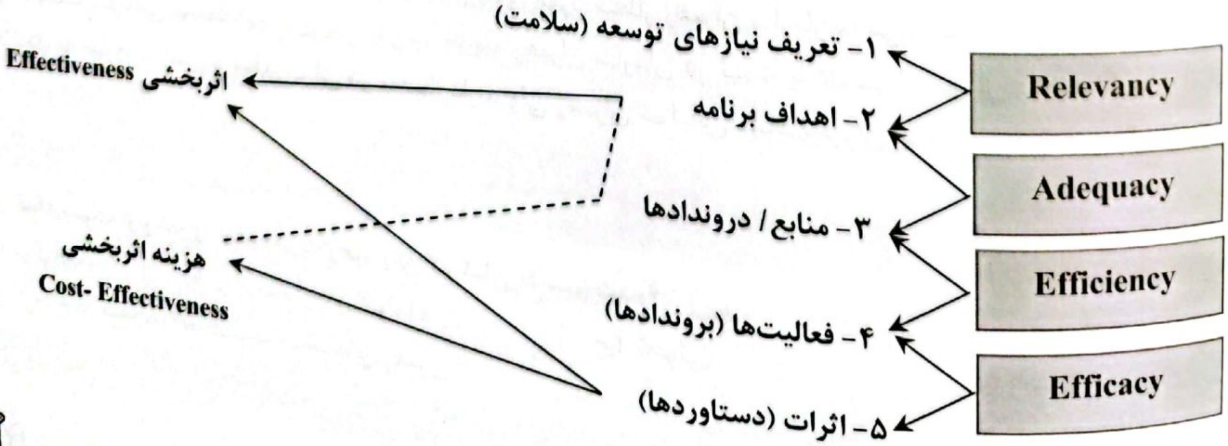
- ارزشیابی تجمیعی ← ارزشیابی اثر
- ارزشیابی تکوینی ← ارزشیابی فرآیند ← بر فعالیت جاری یک برنامه، جهت ارتقاء مدیریت برنامه تأکید دارد.

انتخاب معیارها

- تعریف معیار (Criteria): استانداردی که توسط آن می‌توان در مورد چیزی قضاوت یا تصمیم‌گیری کرد.

- پنج جز اصلی برنامه سلامت
  1. ۱- نیازهای سلامت
  2. ۲- اهداف برنامه
  3. ۳- منابع (Input)
  4. ۴- فعالیت‌ها (Output)
  5. ۵- اثرات

- معیارهای ارزشیابی
  - **مناسبت (Relevancy)**: اهداف برنامه در برگیرنده نیازهای جمعیت باشد ← ارتباط بین ۱ و ۲
  - **کفایت (Adequency)**: منابع برای دستیابی به اهداف کافی باشند ← ارتباط بین ۲ و ۳
  - **بهره‌وری (Efficiency)**: فعالیت‌های انجام شده هزینه متناسبی مصرف کند ← ارتباط بین ۳ و ۴
  - **تأثیر (Efficacy)**: تأثیر نهایی باید با فعالیت‌های برنامه‌ریزی شده حاصل گردد ← ارتباط بین ۴ و ۵
  - **اثربخشی (Effectiveness)**: اهداف با توجه به دستاوردها پوشش داده شوند ← ارتباط بین ۲ و ۵
  - **هزینه اثربخشی (Cost-Effectiveness)**: دستاوردهای برنامه هدف را پوشش دهند و در قبال هزینه‌ها نیز ارزیابی گردند ← ارتباط بین ۲،۳ و ۵



نشانگر (Indicator)

- میزان و چگونگی نیل به آنچه که در پی آن هستیم را نشان می‌دهد. ← مثال: نشان‌گر وضعیت اقتصادی افراد، اندازه منزل آنها می‌باشد.
- نشانگرها برخلاف معیار، یک سنجش عینی است.
- *ویژگی‌های نشان‌گر خوب*
  - معتبر و صحیح
  - قابل اطمینان و تکرارپذیر
  - قابل استفاده
  - حساس: قادر به نشان دادن تغییرات در هر شرایطی
  - اختصاصی: فقط تغییراتی که در ارتباط با معیارهای موردنظر است بسنجد

استاندارد ← استاندارد ارزشی است که براساس نشان‌گرهای منتخب در مورد آن توافق شده است و نقطه مرجعی است که ما را در قضاوت در مورد یک عمل یاری می‌دهد.

روش‌های مورد استفاده در ارزشیابی

- **توصیفی** ← توصیف مداخله
- **بازرسی** ← مقایسه آنچه انجام می‌شود با استانداردها
- **قبل و بعد** ← مقایسه قبل و بعد مداخله
- **مقایسه تجربی** ← مقایسه قبل و بعد در دو گروه از مردم که مداخلات مختلف دریافت کرده‌اند.
- **مطالعات تجربی تصادفی شاهددار** ← مقایسه مداخله‌ای قبل و بعد در افرادی که به‌طور تصادفی به دو گروه تقسیم شده‌اند در مقابل یک دارونما (Randomized Clinical Trial)

سؤالات برگزیده اصول مدیریت خدمات سلامت

۱- کدام گزینه زیر نادرست است؟

الف) فرهنگ سازمانی توسط تیم مدیریتی تعریف شده و رهبران سازمان نقشی در تغییر یا تثبیت آن ندارند.

ب) مدیران معمولاً توجه به داخل سازمان دارند.

ج) رهبران عملیاتی بیشتر به داخل سازمان تمرکز دارند.

د) ایجاد انگیزش در کارکنان و سایر ذینفعان از توانایی‌های مورد انتظار رهبران سازمان‌ها می‌باشد.

پاسخ: فرهنگ سازمانی توسط تیم مدیریتی تعریف شده و رهبران سازمان در تثبیت یا تغییر آن نقش دارند (گزینه الف). رهبران معمولاً نگاه به خارج سازمان و موقعیت آن در محیط دارند ولی رهبران عملیاتی مانند مدیران بیشتر به داخل سازمان تمرکز دارند (گزینه ب و ج).

پاسخ: الف)

۲- در کدام سبک از رهبری تمام قدرت رهبر بین کارکنان تقسیم شده؟

الف) دموکراتیک ب) آزادی خواهانه ج) تحولی د) استراتژیک

پاسخ: ارجاع به صفحه ۵۳، قسمت سبک‌های رهبری

پاسخ: ب)

۳- کدام جمله نادرست است؟ (تالیفی)

الف) مقصد وضعیت‌هایی هستند که برنامه قصد دارد به آنها برسد.

ب) برای رسیدن به مقصد، به هدف‌های متعددی باید رسید.

ج) اهداف باید عینی باشند.

د) اهداف باید کلی باشند.

پاسخ: د)

۴- کدام‌یک جزو ویژگی‌های هدف طبق الگوی SMART نیست؟ (تالیفی)

الف) محدود به زمان بودن ب) هزینه اثر بخش بودن ج) مرتبط بودن د) قابل اندازه‌گیری بودن

پاسخ: ارجاع به صفحه ۵۳، ویژگی اهداف SMART.

پاسخ: ب)

۵- کدام‌یک از گزینه‌های زیر جزء معیارهای انتخاب بین راهکارها نیست؟ (تالیفی)

الف) تأثیر راهکار بر اهداف سلامت ب) هزینه‌ها در قبال نتیجه

ج) مقبولیت راهکار د) امکان انجام راهکار

پاسخ: ج)

۶- ارزشیابی جهت تعیین تمام موارد زیر استفاده می‌شود، بجز: (تالیفی)

الف) مناسبت برنامه ب) منابع در دسترس برنامه ج) اثربخشی برنامه د) تأثیر نهایی برنامه

پاسخ: ارزشیابی جهت تعیین مناسبت، اثربخشی و تأثیر نهایی برنامه استفاده می‌شود. ارزشیابی تأثیر مداخله را مشخص می‌نماید. منابع در دسترس و استفاده صحیح از آنها و پیشرفت‌های در راستای اهداف برنامه، با پایش مشخص می‌شوند.

پاسخ: ب)

۷- ارتباط بین اهداف برنامه و منابع آن توسط کدام‌یک از معیارهای ارزشیابی برقرار می‌شود؟ (تالیفی)

الف) مناسبت ب) کفایت ج) بهره‌وری د) تأثیر

پاسخ: مراجعه به صفحه ۵۵، قسمت انتخاب معیارها.

پاسخ: ب)

۸- معیار «اثربخشی» بین کدام اجزای برنامه سلامت ارتباط برقرار می‌کند؟ (تالیفی)

الف) بین نیازهای سلامت و اثرات ب) بین اهداف برنامه و منابع (Input)

ج) بین منابع (Input) و فعالیت‌ها (Output) د) بین اهداف برنامه و اثرات

پاسخ: مراجعه به صفحه ۵۵، قسمت انتخاب معیارها.

پاسخ: د)

۹- کدام جمله درست نیست؟ (تالیفی)

الف) نشانگر میزان و چگونگی نیل به آنچه در پی آن هستیم را نشان می‌دهد.

ب) نشانگر همانند معیار یک سنجش عینی است.

ج) نشانگر حساس تغییرات را در هر شرایطی نشان می‌دهد.

د) نشانگر اختصاصی فقط تغییراتی که در ارتباط با معیارهای مورد نظر است را می‌سنجد.

پاسخ: نشانگر یک سنجش عینی و معیار غیرعینی است.

پاسخ: ب)

(تالیفی)

۱۰- کدام گزینه درباره استاندارد درست نمی‌باشد؟

الف) استانداردهای خاص براساس توافق‌های بین‌المللی تنظیم می‌شود و سایر استانداردها با در نظر گرفتن شرایط زمینه‌ای و دسترسی منابع برنامه.

ب) وجود انعطاف در استاندارد باعث پایین آمدن سطح برنامه می‌شود.

ج) اگر استاندارد در سطح پایینی انتخاب شود باعث ایجاد رضایت خواهد شد و فعالیت بیشتری جهت بهبود امور صورت نمی‌گیرد.

د) اگر استاندارد در سطح بالایی انتخاب شود به معیار قضاوت دست نخواهیم یافت و ناامید کننده خواهد بود.

پاسخ: استانداردها باید انعطاف‌پذیر و منعکس‌کننده مرحله برنامه باشند (یعنی طی مراحل مختلف برنامه تغییر کند).

پاسخ: ب)

فصل ۱۱: سازمان‌های بین‌المللی، ملی و محلی مرتبط با سلامت

اقدامات سلامت بین‌الملل

- کنترل اپیدمی‌ها و بیماری‌های مسری شایع
- تبادل اطلاعات و تجربیات سلامتی
  - تنها منحصر به بیماری‌های واگیر نیست.
  - ارتقای سلامت اثرات بیرونی دارد، یعنی کمک به بالا بردن سطح سلامت کشورهای دیگر توسط یک کشور، خود آن کشور را نیز مصون از آن بیماری یا عامل خطر می‌کند.
- استاندارد کردن آمار حیاتی فراورده‌های بیولوژیک و داروهای خطرناک
- پژوهش‌های مشترک ← به این دلیل که دغدغه‌های کشورها در حوزه سلامت همپوشانی زیادی دارد.
- کمک به برنامه‌ریزی و مدیریت نظام سلامت و آموزش کارکنان
  - همکاری‌های بین‌المللی کیفیت آموزش را دو چندان می‌کند.
  - توصیه به دولت‌ها و مسئولین در مورد مسائل حائز اهمیت ← همه کشورها تعهد کافی برای عمل به توصیه‌ها را داشته باشند (مثل برنامه‌های واکسیناسیون در کشورهای مختلف)
  - جنبه‌های بین‌الملل داروهای مخدر
  - کمک‌های بین‌الملل در بلایا
- مقابله با بیوتروریسم

سازمان جهانی سلامت (WHO)

- هدف سازمان: نیل به بالاترین سطح سلامت قابل دسترسی
- ساختار
  - مجمع سلامت جهانی ← خط مشی و بودجه سازمان را تعیین می‌کند. سهم هر کشور در بودجه براساس جمعیت و درآمد سرانه آن تعیین می‌شود.
  - هیأت اجرایی ← اجرای سیاست‌ها و تقسیم بودجه بین اعضاء را برعهده دارد.
  - دبیرخانه
- مناطق سازمان
  - آسیای جنوب شرقی (SEARO) ← مرکز: دهلی نو
  - مدیترانه شرقی (حاوی ایران) (EMRO) ← مرکز: قاهره
  - آمریکا (AMRO) ← مرکز: واشنگتون
  - پاسفیک غربی (WPRO) ← مرکز: مانیل
  - آفریقا (AFRO) ← مرکز: برازاویل
  - اروپا (EURO) ← مرکز: کپنهاک

سازمان جهانی سلامت (WHO)

- تجربیات ایران در زمینه
  - سلامت مادران
  - استقرار نظام مراقبت‌های اولیه سلامت
  - سلامت روان

  از تجربه‌های موفق بوده

- کار اصلی سازمان جهانی سلامت
  - مراقبت مربوط به اپیدمی‌ها و قرنطینه
  - استاندارد کردن مواد بیولوژیک از جمله آنتی‌بیوتیک‌ها و نامگذاری آنها
  - خدمات مستقیم به کشورها بنا به پیشنهاد و همکاری فعال با آنها
  - تقویت خدمات سلامتی در سطح ملی
  - اقدام برضد بیماری‌های واگیر به‌خصوص سل و مالاریا
  - آموزش و تربیت کارکنان
  - پشتیبانی ازپژوهش
  - آموزش و نشر اطلاعات توسط کمیته و هیأت‌های مشورتی

صندوق کودکان ملل متحد (UNICEF)

- تفاوت آن با سازمان جهانی سلامت ← یونیسف بیشتر با سازمان‌های مردم نهاد همکاری می‌کند تا با نهادهای دولتی
- فعالیت‌های سازمان
  - حمایت از بهره‌مندی کودکان از خدمات ایمن و جامع
  - حمایت از کودکان آسیب‌پذیر به منظور کاهش مرگ و میر کودکان
  - حمایت از توانمندسازی دختران و زنان
  - حمایت از کودکان در فوریت‌ها
  - حمایت از یادگیری کودکان
  - حمایت از نوآوری‌ها برای بهبود وضعیت کودکان

صندوق جمعیت ملل متحد (UNFPA)

- هدف سازمان: همه بارداری‌ها در جهان به‌صورت خواسته و برنامه‌ریزی شده و همه زایمان‌ها ایمن باشد
- حمایت از
  - سلامت باروری و زنان باردار
  - دسترسی به وسایل تنظیم خانواده مدرن
  - تلاش برای قطع ازدواج کودکان
  - پیشگیری از بارداری در نوجوانان
  - آموزش کارکنان نظام سلامت برای اطمینان از انجام حداقل ۹۰٪ زایمان‌ها توسط افراد دوره دیده.
  - پیشگیری از خشونت مرتبط با جنسیت
  - قطع ختنه کردن دختران
  - تحویل تجهیزات نجات دهنده زایمان و زندگی در بلایا
  - سرشماری، جمع‌آوری و تحلیل داده ها

دفتر بین‌المللی کار (ILO)

← تعیین حداقل استانداردها و سیاست‌گذاری‌ها برای مشاغل مختلف

سازمان غذا و کشاورزی (FAO)
- تأمین امنیت غذایی برای همه
- تعیین استانداردهای مربوط به محصولات کشاورزی

یونسکو (UNESCO) ← سازمان فرهنگی ملل متحد. ارتباط آن با سلامت از طریق آموزش پزشکی است.

کمیساریای عالی پناهندگان (UNHCR) ←حمایت مالی، تغذیه‌ای، اسکان و ارائه خدمات از آوارگان جنگ و سایر حوادث.

سازمان‌های داوطلب مرتبط با سلامت
- تشکیلات مذهبی ← مثال: کمیته امداد امام خمینی (ره). با ارائه خدمات خود تا حدودی از هزینه‌های کمرشکن سلامت جلوگیری شود.
* هزینه کمرشکن سلامت: اختصاص بیش از ۴۰٪ هزینه‌های غیرخوراکی خانوار به سلامت
- انجمن‌های امدادی ← صلیب سرخ و هلال احمر، عمدتاً غیردولتی هستند و هلال احمر ایران بودجه دولتی دریافت می‌کند. هلال احمر علاوه بر بلایا در حوادث جاده‌ای نیز امدادرسانی می‌کند.
- سازمان‌های مردم نهاد (NGO)
- آژانس‌های طبی یا سلامت عمومی ← بنیادهای مختلف چندمنظوره: در زمینه‌های مختلف فعالیت می‌کند که یکی از آن زمینه‌ها سلامت است.
- انجمن‌های تخصصی و فنی ← مثال: پزشکان بدون مرز، انجمن پزشکی جهان، انجمن بین‌المللی پرستاران

سؤالات برگزیده سازمان‌های بین‌المللی، ملی و محلی مرتبط با سلامت

۱- کدام‌یک از موارد زیر از اهداف یونیسف محسوب نمی‌شود؟ (علوم پایه پزشکی - شهریور ۱۴۰۰)

الف) ارتقاء رعایت حقوق انسانی خصوصاً زنان
ب) آگاه‌سازی و ظرفیت‌سازی برای پاسخگویی به نیازهای تنظیم خانواده
ج) رعایت عدالت اجتماعی در تدوین برنامه‌های مربوط به کودکان
د) هدایت قوانین، سیاست‌ها و اقدامات مربوط به کودکان

پاسخ: ظرفیت‌سازی برای پاسخگویی به نیازهای تنظیم خانواده جزء وظایف صندوق جمعیت ملل متحد (UNFPA) می‌باشد.

پاسخ: ب)

۲- مناسبت «روز جهانی بهداشت» (روز هفتم آوریل) با کدام‌یک از گزینه‌های زیر مطابقت دارد؟ (علوم پایه پزشکی - آذر ۱۳۹۸)

الف) تصویب اساسنامه سازمان جهانی بهداشت
ب) شروع اجرایی شدن اساسنامه سازمان جهانی بهداشت
ج) تشکیل اولین مجمع بهداشت جهانی
د) تأسیس اداره بین‌المللی بهداشت عمومی

پاسخ: ب)

۳- آگاه‌سازی و ظرفیت‌سازی برای پاسخگویی به نیازهای جامعه و تنظیم خانواده از وظایف کدام سازمان بین‌المللی می‌باشد؟ (علوم پایه پزشکی - خرداد ۱۳۹۸)

الف) صندوق جمعیت ملل متحد ب) صندوق کودکان ملل متحد ج) سازمان جهانی بهداشت د) برنامه عمران ملل متحد

پاسخ: الف)

۴- کدام‌یک از سازمان های بین‌المللی زیر، کشورهای در حال توسعه را در برنامه‌های مربوط به بهداشت بـاروری و جمعیتـی، یـاری می‌نماید؟

(پزشکی علوم پایه نوین - شهریور ۱۳۹۸)

الف) UNDP ب) UNESCO ج) UNFPA د) UNICEF

پاسخ: ج)

۵- ایران در کدام منطقه از سازمان جهانی بهداشت حضور دارد؟ *(تالیفی)*

الف) EMRO ب) AMRO ج) SEARO د) WPRO

پاسخ: ایران در منطقه مدیترانه شرقی (EMRO)، که مرکز آن در قاهره می‌باشد حضور دارد.

پاسخ: الف)

۶- کدام‌یک از گزینه‌های زیر جزء تجارب موفق ایران که توسط WHO به کشورهای دیگر معرفی شده، نیست؟ *(تالیفی)*

الف) تجربیات ایران در زمینه سلامت مادران ب) تجربیات ایران در زمینه سلامت روان

ج) تجربیات ایران در استقرار نظام مراقبت‌های سلامت اولیه د) تجربیات ایران در زمینه بهداشت دهان

پاسخ: د)

۷- کدام‌یک جزء کارهای اصلی سازمان جهانی بهداشت نیست؟ *(تالیفی)*

الف) استاندارد کردن مواد بیولوژیک از جمله آنتی‌بیوتیک‌ها و نامگذاری آنها

ب) اقدام بر ضدبیماری‌های واگیر به‌خصوص سل و مالاریا

ج) آموزش و تربیت کارکنان

د) پیشگیری از خشونت مرتبط با جنسیت

پاسخ: پیشگیری از خشونت مرتبط با جنسیت جزء وظایف صندوق جمعیت ملل متحد می‌باشد. مراجعه بـه صـفحه ۶۰، قسمت کا[ر]های اصلی سازمان جهانی بهداشت.

پاسخ: د)

۸- کدام گزینه زیر نادرست است؟ *(تالیفی)*

الف) هدف سازمان جهانی بهداشت نیل همه مردم به تعریف این سازمان از سلامتی است.

ب) تفاوت UNICEF با WHO در همکاری بیشتر یونیسف با سازمان‌های مردم نهاد است.

ج) حمایت از توانمندسازی زنان جزء وظایف یونیسف می‌باشد.

د) جزء اهداف UNFPA حمایت از آموزش کارکنان نظام سلامت برای اطمینان از انجام حداقل ۹۰٪ زایمان‌ها توسط افراد دوره دیده است

پاسخ: هدف سازمان جهانی بهداشت نیل به بالاترین سطح سلامت قابل دسترس است و اگر از فصل ۲ به خاطر داشته باشید، تعریف این سازمان از سلامتی ایده‌آل‌گرا و غیرقابل دسترس می‌باشد.

پاسخ: الف)

۹- ارتباط یونسکو با سلامت از چه طریقی است؟ *(تالیفی)*

الف) تأمین مالی ب) آموزش پزشکی ج) تعیین خط مشی د) تأمین امنیت غذایی

پاسخ: یونسکو سازمان فرهنگی ملل متحد است و ارتباط آن با سلامت از طریق آموزش پزشکی می‌باشد.

پاسخ: ب)

پروگنوز

فصل ۱۱: سنجش وضعیت سلامت در جمعیت‌ها: مروری بر وضعیت ایران و جهان

شاخص‌های سلامت

- تعریف

- **Indicator**: چیزی است که وضعیت یک متغیر جمعیتی را نشان می‌دهد.
- **Index**: یک آماره ترکیبی که با قرار دادن چند Indicator در فرمولی خاص به دست می‌آید.

به‌عنوان مثال، شاخص توسعه انسانی (HDI)، سه جنبه مهم در توسعه جمعیت‌های انسانی را به‌طور همزمان مورد توجه قرار می‌دهد.

- وضعیت سلامتی ← شاخص آن: امید به زندگی در بدو تولد
- دانش ← شاخص آن: سال‌های مورد انتظار برای تحصیل هر فرد و متوسط سال‌های تحصیل در جامعه
- وضعیت رفاهی ← شاخص آن: سرانه درآمد ناخالص ملی

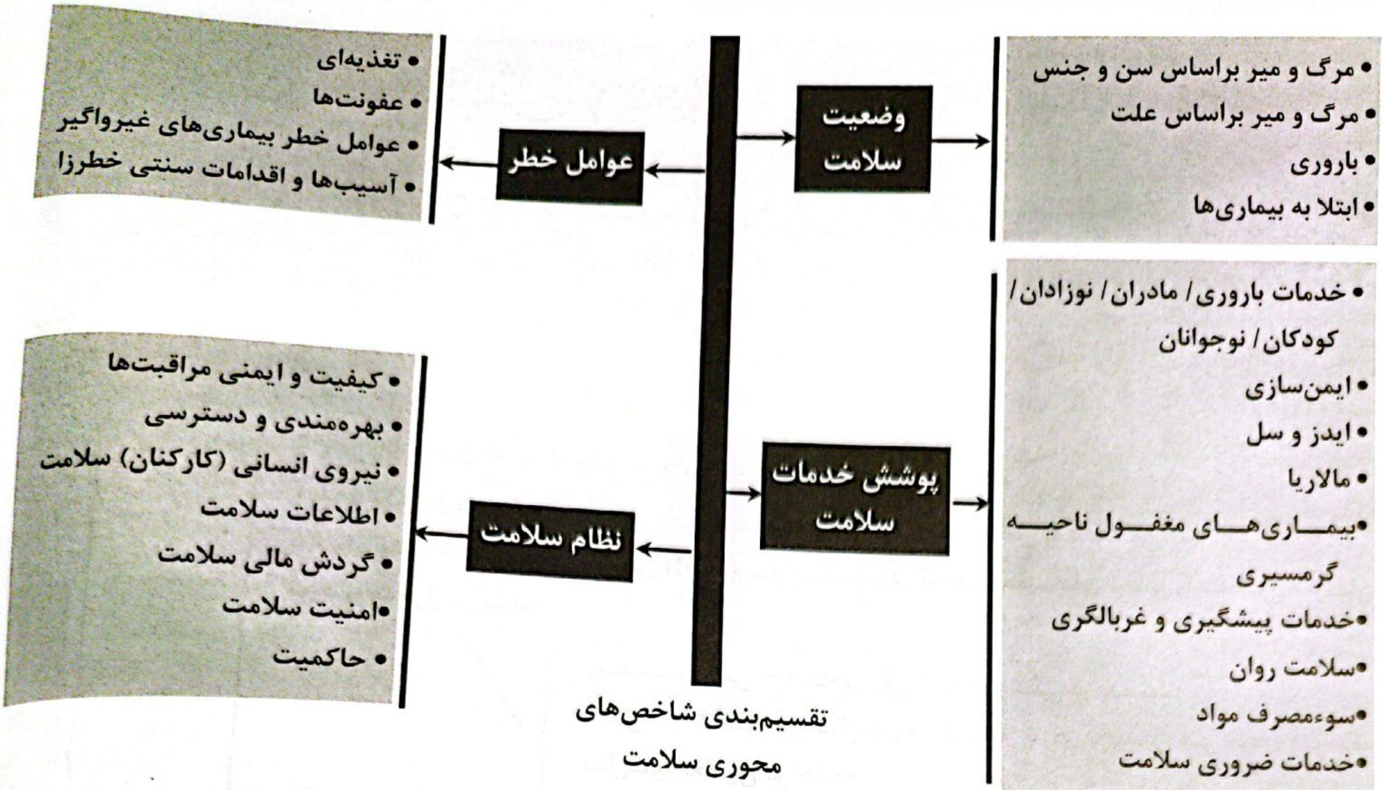
- کاربردها

- توصیف وضعیت سلامت یک جمعیت
- ارزشیابی برنامه‌ها و مداخله‌ها
- پیش‌بینی رخدادهای آینده
- حمایت طلبی
- هدف‌گذاری و ارتقای کیفیت

ویژگی‌های یک شاخص مناسب

* مهم‌ترین مسأله در انتخاب شاخص‌ها ← هدف از بررسی
- داده‌های مورد نیاز شاخص همزمان با ارائه خدمات سلامت گردآوری شوند.
- شاخص‌ها قابل درک و به سادگی تفسیرپذیر باشند.
- شاخص‌ها نسبت به تغییراتی که قرار است منعکس‌کننده آنها باشند، حساس باشند.

* متادیتا: اجزای مختلف یک شاخص (مثل گروه سنی یا جنسی مدنظر، منابع مناسب داده‌ها، روش گردآوری داده‌ها و ...) را به کاربران معرفی می‌کند ← همه کاربران شاخص‌ها را به شکل یکسانی اندازه‌گیری کنند.



شکل ۱-۱۲. شاخه‌های اصلی و فرعی برای تقسیم‌بندی شاخص‌های محوری سلامت (Core Health Indicators) سازمان جهانی بهداشت

تقسیم‌بندی شاخص‌های سلامت عمومی

- شاخص‌های محوری سلامت

• **وضعیت سلامت**
- شاخص‌ها مرتبط با تعداد مرگ و میر ← علت مرگ در آنها تأثیری ندارد. مانند: امید به زندگی در بدو تولد، میزان مرگ نوزادان و ...
- شاخص‌های مرتبط با علت مرگ و میر ← مانند کسر مرگ مادران و ...
- شاخص‌های مرتبط با ابتلا به بیماری‌ها
- شاخص‌های مرتبط با باروری

• **عوامل خطر**
- شاخص‌های مرتبط با تغذیه
- شاخص‌های مرتبط با عوامل خطر محیطی ← مانند درصد دسترسی به آب آشامیدنی سالم، سطح آلودگی هوا و ...
- شاخص‌های مرتبط با عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر ← مانند مصرف دخانیات، درصد فشارخون بالا و ...
- شاخص‌های مرتبط با آسیب‌ها و اقدام‌های خطرزا ← مانند میزان آسیب‌های شغلی، شیوع خشونت از سوی شریک جنسی و ...
- شاخص‌های مرتبط با بیماری‌های عفونی

• **پوشش خدمات** ← **پوشش جمعیتی** ← **تابعی از**
- فراهمی خدمات سلامت
- دسترسی به خدمات سلامت

- مثال: پوشش مراقبت‌های دوره بارداری و پس از زایمان، پوشش واکسیناسیون، پوشش خدمات ضروری سلامت و ...

• **نظام سلامت** ← مرتبط با نحوه عملکرد نظام سلامت ← مانند: کیفیت و ایمنی مراقبت‌های سلامت، بهره‌مندی از مراقبت‌های سلامت، نظام اطلاعات سلامت و گردش مالی آن ← چند نمونه: میزان مرگ حوالی عمل جراحی، بهره‌مندی از خدمات سرپایی، توزیع کارکنان سلامت و ....

جدول ۱-۱۲. فرمول محاسباتی تعدادی از شاخص‌های پرکاربرد در سلامت عمومی

شاخص	فرمول محاسباتی
میزان مرگ نوزادان	(تعداد مرگ نوزادان زیر ۲۸ روز / تعداد موالید زنده) × ۱۰۰۰
میزان مرگ شیرخواران	(تعداد مرگ کودکان زیر یکسال / تعداد موالید زنده) × ۱۰۰۰
میزان مرگ کودکان زیر ۵ سال	(تعداد مرگ کودکان ۵۹-۰ ماه / تعداد موالید زنده) × ۱۰۰۰
میزان مرگ نوجوانان	(تعداد مرگ نوجوانان ۱۹-۱۰ ساله / تعداد نوجوانان ۱۹-۱۰ ساله) × ۱۰۰۰
میزان مرده‌زایی	(تعداد جنین‌های به‌دنیا آمده بدون علائم حیاتی بعد از ۲۸ هفته بارداری یا سنگین‌تر از 1kg / تعداد کل زایمان‌ها) × ۱۰۰۰
کسر مرگ مادران	(تعداد موارد مرگ مادران (به علت عوارض بارداری و زایمان) / تعداد موالید زنده) × ۱۰۰۰۰۰
میزان باروری اختصاصی سنی	(تعداد زایمان‌های زنان یک گروه سنی خاص در یک سال / تعداد زنان همان گروه سنی در همان سال) × ۱۰۰۰
میزان باروری در نوجوانی	(تعداد زایمان‌های زنده زنان ۱۹-۱۵ ساله در یک مدت معین / تعداد شخص - سال‌های زیسته توسط زنان ۱۹-۱۵ ساله در همان بازه زمانی) × ۱۰۰۰
میزان باروری کلی	(۵ × مجموع میزان‌های باروری اختصاصی سنی) / ۱۰۰۰
میزان مرگ حوالی جراحی	(تعداد مرگ در میان بیمارانی که عمل جراحی در اتاق عمل انجام داده‌اند / تعداد کل عمل‌های جراحی) × ۱۰۰۰

شخص - سال = مجموع (سن افراد × تعداد افراد با آن سن) برای سنین مختلف.

انواع سنجه‌ها (Measures) برای شاخص‌های سلامت عمومی

- تعداد مطلق
- کسر (Ratio) ← فراوانی یک متغیر به فراوانی متغیری دیگر
- نسبت (Proportion) ← نوعی کسر که در آن صورت جزئی از مخرج است.
- میزان (Rate) ← نوعی کسر که در آن، صورت کسر، فراوانی **موارد جدیدی** از یک پی‌آمد است که در دوره زمانی مشخص در جمعیت مخرج کسر پدید آمده.
- شاخص‌های مبتنی بر یک هم گروه (کوهورت) فرضی ← مثلاً برای اندازه‌گیری امید به زندگی در بدو تولد برای افرادی که در یک سال خاص متولد می‌شوند «فرض» می‌شود که این افراد در طول عمر خود با میزان‌های مرگ و میری مواجه باشند که در همان سال خاص در گروه‌های سنی مختلف وجود دارد.
- شاخص‌های مربوط به انتساب مرگ و میر یا موارد بیماری به یک عامل خطر
- ترکیب شاخص‌های مرگ و میر و ابتلا برای بیان وضعیت بیماری‌ها در جمعیت ← مقایسه اهمیت نسبی بیماری‌های مختلف در یک جمعیت، با کمک **بار بیماری**.
- **بار بیماری:** سال‌های از دست رفته عمر به‌دلیل ناتوانی (YLD) یا مرگ زودرس (YLL) ← DALY ← واحدی برای سنجش بار بیماری

※ DALY = YLD + YLL
- YLL ← سنی که فرد در آن فوت کرده - بیشترین امید به زندگی آن جنسیت
- YLD ← تمام سال‌هایی که فرد با بیماری زندگی کرده × ضریب ناتوانی بیماری

- امید به زندگی در بدو تولد در سال ۲۰۱۹ به ۷۳ سال رسیده. بیشترین امید به زندگی متعلق به ژاپن و بخش‌هایی از چین و بیش از ۸۳ سال است. امید به زندگی در ایران در سال ۲۰۱۹، ۷۶ سال بود. امید به زندگی در زنان (۷۵ سال) معمولاً بیشتر از مردان (۷۰ سال) است.
- میزان باروری کلی در سطح جهانی در همه کشورها کاهش داشته.
- روند YLL کاهشی و روند YLD با شیب بسیار ملایمی افزایشی بوده ← جمعیت‌های انسانی در کنترل مرگ و میر موفق عمل کرده‌اند ولی افرادی که زنده می‌مانند با بیماری‌های بیشتری دست و پنجه نرم می‌کنند. اگر میزان استاندارد شده سنی YLD را در طول زمان بررسی کنیم و به این ترتیب اثر مسن شدن جمعیت را حذف کنیم، روند آن با شیب بسیار ملایمی کاهشی می‌شود.

- *علل منجر به از بین رفتن سال‌های عمر*
  - بیماری‌های گروه ۱: بیماری‌های عفونی واگیر همراه با بیماری‌های دوره بارداری، زایمان، نوزادی و مشکلات تغذیه‌ای
  - بیماری‌های غیرواگیر (قلبی عروقی، سرطان، دیابت و ...)
  - آسیب‌های خارجی (تصادف جاده‌ای، خودکشی و ....)

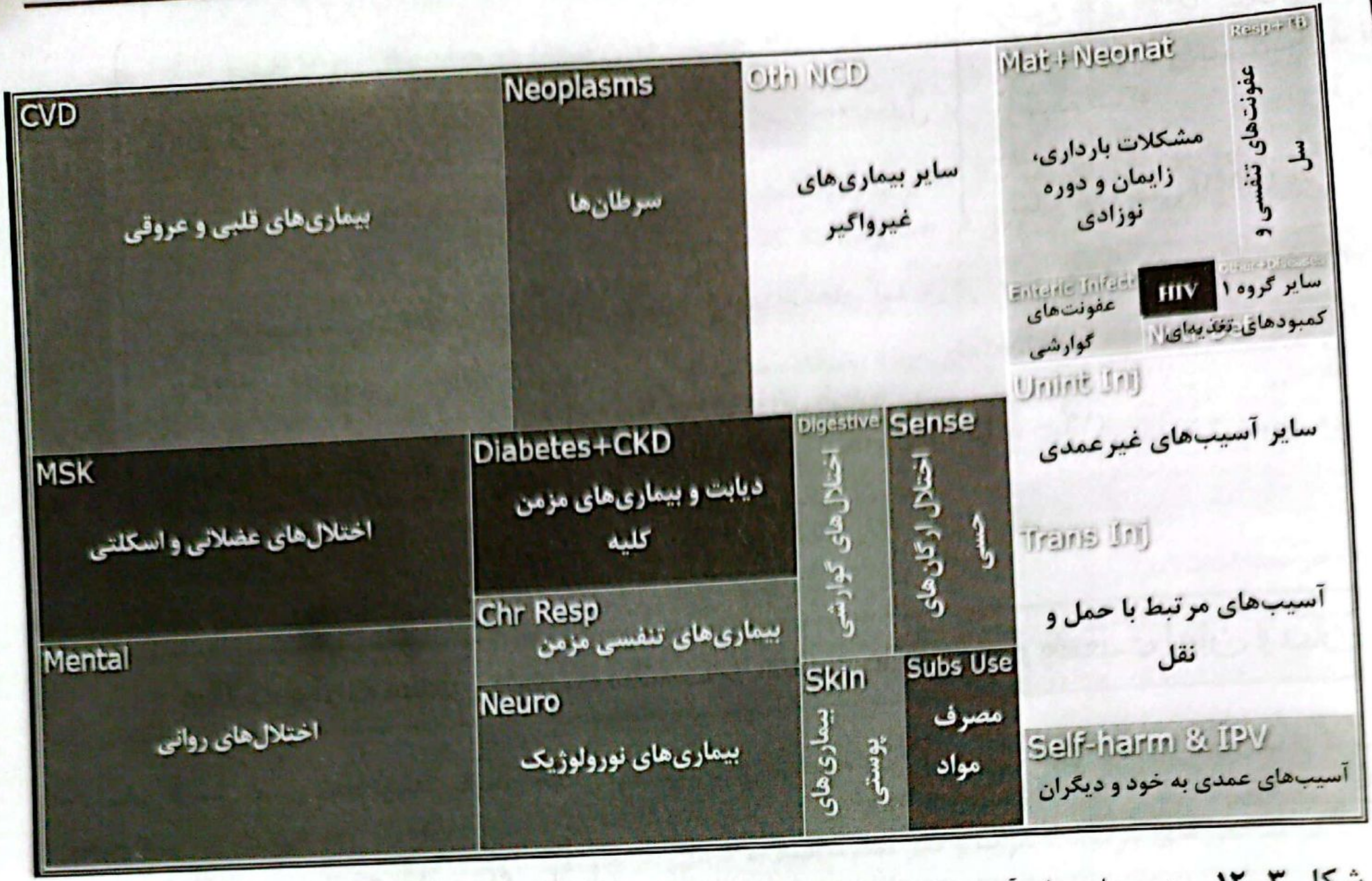
- *در کل جهان بار ناشی از بیماری‌های گروه ۱ کاهش قابل توجهی داشته* ← ناشی از
  - بهبود شرایط عمومی زندگی
  - اقدامات پیشگیرانه و کنترل بیماری‌های واگیر
  - گسترش مراقبت‌های دوره بارداری

- کشورهای با درآمد کم و طبقات اجتماعی ← اقتصادی ضعیف‌تر، در برابر بیماری‌های گروه ۱ آسیب‌پذیرترند.

- ریت DALY (میزان سال‌های از دست رفته عمر به ازای جمعیت) در ایران در دوره زمانی ۲۰۱۷-۱۹۹۰ کمتر از میزان جهانی آن بوده ولی میزان سال‌های از دست رفته عمر به‌دلیل آسیب‌ها در ایران بالاتر از میزان جهانی آن بوده. درباره بیماری‌های گروه ۱ و بیماری‌های غیرواگیر، میزان DALY در ایران کمتر از جهان بوده.



شکل ۲-۱۲. سهم بیماری‌ها و آسیب‌های مختلف از مجموع بار بیماری‌ها براساس واحد DALY در جهان (سال ۲۰۱۷)



شکل ۳-۱۲. سهم بیماری‌ها و آسیب‌های مختلف از مجموع بار بیماری‌ها براساس واحد DALY در ایران (سال ۲۰۱۷)

- عوامل خطر:
  - عوامل خطر رفتاری ← مانند مصرف دخانیات، عوامل خطر تغذیه‌ای و ...
  - عوامل خطر متابولیک ← مانند کلسترول بالا، فشار خون بالا و ...
  - عوامل خطر محیطی ← مانند آلاینده‌های هوا، عوامل خطر شغلی و ...

جدول ۲-۱۲. ده عامل خطر مهم برای از دست دادن سال‌های عمر به‌دلیل مرگ زودرس یا ناتوانی در ایران و جهان (۲۰۱۷)

رتبه	جهان	ایران
۱	سوءتغذیه مادران و کودکان	فشار خون بالا
۲	عوامل خطر تغذیه‌ای	عوامل خطر تغذیه‌ای
۳	فشارخون بالا	قندخون بالا
۴	مصرف تنباکو	نمایه توده بدنی بالا
۵	قند خون بالا	مصرف تنباکو
۶	نمایه توده بدنی بالا	سوءتغذیه مادران و کودکان
۷	آلودگی هوا	کلسترول LDL بالا
۸	مصرف الکل	مصرف مواد
۹	کلسترول LDL بالا	آلودگی هوا
۱۰	آب ناسالم، دفع نامناسب فاضلاب و شست و شوی ناکافی دست‌ها	عملکرد نامناسب کلیه

پیش‌بینی روند بیماری‌ها

- انتظار می‌رود در آینده نیز بیماری‌های مزمن غیرواگیر گسترش یابد ← به‌دلیل
  - شیوع بالای عوامل خطر تغذیه‌ای
  - فشار خون بالا
  - مصرف تنباکو
  - قندخون بالا
  - نمایه توده بدنی (BMI) بالا
- تغییر اقلیم، در صورت غفلت از آن، می‌تواند بسیاری از دستاوردهای پیشین در زمینه بهبود سلامتی انسان‌ها را به عقب برگرداند.
- تهدیدات بیماری‌های عفونی واگیر
  - بیماری‌های عفونی بازپدید
  - بیماری‌های عفونی نوپدید (مثل کووید – ۱۹)
  - مقاومت آنتی‌بیوتیکی

سؤالات برگزیده سنجش وضعیت سلامت در جمعیت‌ها: مروری بر وضعیت ایران و جهان

۱- براساس فرمول تعیین شده توسط سازمان جهانی بهداشت برای محاسبه میزان میرایی حول تولد به کدام‌یک از گزینه‌های زیر در مخرج کسر نیازمندیم؟ (علوم پایه پزشکی - اسفند ۱۴۰۰)

الف) تعداد مرگ‌های جنینی ۲۸ هفته حاملگی یا بیشتر

ب) تعداد تولدهای زنده در یک سال

ج) تعداد مرگ‌های هفته اول تولد

د) تعداد مرگ‌های هفته اول تولد به اضافه تعداد مرگ‌های جنینی

پاسخ: مراجعه به صفحه ۶۵، فرمول محاسباتی تعدادی از شاخص‌های پرکاربرد در سلامت عمومی.

پاسخ: ب)

۲- اگر بخواهید میزان باروری کلی (total fertility rate) را در یک جامعه محاسبه کنید، برای صورت کسر به کدام‌یک از اطلاعات زیر نیاز دارید؟ (علوم پایه پزشکی - آبان ۱۴۰۰)

الف) مجموع میزان‌های باروری اختصاصی سنی

ب) تعداد موالید طی مدت معین

ج) تعداد تولد خام

د) متوسط جمعیت

پاسخ: الف)

۳- در محاسبه میزان مرگ مادران (Maternal Mortality Rate) مخرج کسر کدام‌یک از گزینه‌های زیر است؟ (علوم پایه پزشکی - آذر ۱۳۹۸)

الف) جمعیت همان منطقه در میانه سال مورد نظر

ب) تعداد مادران باردار در همان جمعیت و منطقه و سال

ج) تعداد مادران در سن بارداری درهمان جمعیت و منطقه و سال

د) تعداد موالید زنده در همان جمعیت و منطقه و سال

پاسخ: د)

۴- تعداد مرگ کودکان زیر یک سال در یک منطقه ۱۰ نفر، تعداد جمعیت همان منطقه در همان سال ۱۰۰۰۰۰ نفر و تعداد متولدین زنده ۱۰۰۰ نفر است. میزان مرگ و میر کودکان زیر یک سال کدام مورد است؟ *(علوم پایه پزشکی نوین - شهریور ۱۳۹۸)*

الف) ۱۰ در صد هزار
ب) ۱۰ در هزار
ج) ۱ در هزار
د) ۱ در صد هزار

پاسخ: میزان مرگ و میر کودکان زیر یک سال (شیرخواران) طبق فرمول برابر است با: تعداد موارد مرگ کودکان زیر یک سال در آن منطقه تقسیم بر تعداد موالید زنده در آن سال در همان منطقه که می‌شود ۱۰ در هزار.

پاسخ: ب)

۵- کدام‌یک از گزینه های زیر جزء Indicatorهای مورد استفاده در شاخص توسعه انسانی (HDI) نمی‌باشد؟ *(تألیفی)*

الف) وضعیت سلامتی
ب) وضعیت اجتماعی
ج) دانش
د) وضعیت رفاهی

پاسخ: مراجعه به صفحه ۶۳، شاخص های سلامت.

پاسخ: ب)

۶- کدام گزینه نادرست است؟ *(تألیفی)*

الف) مهم‌ترین مسأله در انتخاب شاخص‌ها، هدفمان از بررسی می‌باشد.
ب) برای یکسان‌سازی اندازه‌گیری شاخص‌ها توسط کاربران، از متادیتا استفاده می‌شود.
ج) داده‌های مورد نیاز شاخص‌ها بهتر است به‌طور معمول و همزمان با ارائه خدمات سلامت گردآوری شوند.
د) در شاخص‌های مرتبط با تعداد مرگ و میر، علت مرگ و میر دارای اهمیت است.

پاسخ: علت مرگ در شاخص‌های مرتبط با مرگ و میر (مانند امید به زندگی در بدو تولد و میزان مرگ نوزادن) تأثیری ندارد.

پاسخ: د)

۷- کدام‌یک از موارید زیر صورت کسر در میزان مرگ نوزادان می‌باشد؟ *(تألیفی)*

الف) مرگ کودکان زیر ۲۸ روز
ب) مرگ کودکان زیر یک سال
ج) مرگ کودکان زیر یک هفته
د) مرگ کودکان زیر دو سال

پاسخ: الف)

۸- شاخص‌های مرتبط با علت مرگ و میر مثل کسر مرگ مادران، جزء کدام دسته از شاخص‌های سلامت می‌باشد؟ *(تألیفی)*

الف) وضعیت سلامت
ب) عوامل خطر
ج) پوشش خدمات
د) نظام سلامت

پاسخ: مراجعه به صفحه ۶۴، قسمت شاخص‌های محوری سلامت.

پاسخ: الف)

۹- فراوانی «موارد جدید» صورت کدام‌یک از کسرهای زیر است؟ *(تألیفی)*

الف) شیوع
ب) نسبت
ج) میزان
د) گزینه الف و ج

پاسخ: میزان (Rate) نوعی کسر که در آن، صورت کسر، فراوانی موارد جدیدی از یک پیامد است که در دوره زمانی مشخص در جمعیت مخرج کسر پدید آمده. شیوع عبارت از تمامی موارد موجود بیماری در یک جمعیت است.

پاسخ: ج)

۱۰- یک خانم در سن ۵۵ سالگی به علت ابتلای ۵ ساله به بیماری‌ای فوت می‌کند. اگر ضریب ناتوانی این بیماری ۰.۶ باشد و امید به زندگی خانم‌ها در آن جامعه ۶۰ سال باشد و بیشترین امید به زندگی زنان در جهان ۸۶ سال باشد، این خانم چند دالی از دست داده؟ *(تألیفی)*

الف) ۳۱
ب) ۳۴
ج) ۵۵
د) ۴۸

پاسخ: YLL (Years of lost life) = سال‌های از دست داده زندگی = حداکثر امید به زندگی - عمر فرد
YLD (Years lived with disability) = سال‌های زندگی توأم با ناتوانی = ضریب ناتوانی × تعداد سال‌های ابتلا

$$DALY = YLL + YLD = (86 - 55) + (5 \times 0.6) = 34$$

پاسخ: ب) *(تالیفی)*

۱۱- کدام جمله نادرست است؟

الف) امید به زندگی در زنان بیشتر از مردان است.

ب) میزان باروری در همه کشور ها کاهش داشته.

ج) روند YLD، با حذف اثر مسن شدن جمعیت، با شیب بسیار ملایمی افزایشی می‌باشد.

د) بیماری‌های دوره بارداری و مشکلات تغذیه‌ای جزء بیماری‌های گروه ۱ می‌باشند.

پاسخ: روند YLL کاهشی و روند YLD با شیب بسیار ملایمی افزایشی بوده ولی اگر میزان استاندارد شده سنی را در طول زمان بررسی کنیم و به این ترتیب اثر مسن شدن جمعیت را حذف کنیم، روند YLD با شیب بسیار ملایمی کاهشی می‌شود (گزینه ج). بیماری‌های عفونی واگیر همراه با بیماری‌های دوره بارداری، زایمان، نوزادی و مشکلات تغذیه‌ای جزء بیماری‌های گروه ۱ محسوب می‌شوند (گزینه د).

پاسخ: ج)

۱۲- دلیل کاهش بار بیماری‌های گروه ۱ در کل جهان کدام‌یک از موارد زیر نیست؟ *(تالیفی)*

الف) بهبود شرایط عمومی زندگی

ب) اقدامات پیشگیرانه و کنترل بیماری‌های واگیر

ج) گسترش مراقبت‌های دوره‌ای بارداری

د) پیر شدن جمعیت

پاسخ: د)

۱۳- کدام‌یک از میزان‌های سال‌های از دست رفته عمر در ایران، از میزان جهانی آن بیشتر است؟ *(تالیفی)*

الف) ریت دالی (میزان دالی به ازای جمعیت)

ب) میزان سال‌های از دست رفته عمر به دلیل آسیب‌ها

ج) میزان سال‌های از دست رفته عمر به دلیل بیماری‌های گروه ۱

د) میزان سال‌های از دست رفته عمر به دلیل بیماری‌های غیرواگیر

پاسخ: ب)

۱۴- بیشترین سهم بار بیماری براساس واحد دالی به ترتیب در جهان و ایران مربوط به کدام بیماری‌ها می‌باشد؟ *(تالیفی)*

الف) بیماری‌های قلبی عروقی - سرطان‌ها

ب) سرطان‌ها - بیماری‌های قلبی عروقی

ج) سرطان‌ها - آسیب‌های مرتبط با حمل و نقل

د) بیماری‌های قلبی عروقی - بیماری‌های قلبی عروقی

پاسخ: در هر دو شکل ۲ - ۱۲ و ۳ - ۱۲ در صفحه های ۶۶ و ۶۷، بیشترین سهم را بیماری‌های قلبی عروقی دارد.

پاسخ: د)

۱۵- مهم‌ترین عامل خطر برای از دست دادن سال‌های عمر به دلیل مرگ زودرس یا ناتوانی در جهان و ایران به ترتیب چیست؟ *(تالیفی)*

الف) سوء تغذیه مادران و کودکان - فشار خون بالا

ب) فشارخون بالا - نمایه توده بدنی بالا

ج) عوامل خطر تغذیه‌ای - کلسترول بالا

د) فشارخون بالا - قند خون بالا

پاسخ: مراجعه به صفحه ۶۷، جدول ۲ - ۱۲.

پاسخ: الف)

۱۶- دلیل انتظار برای گسترش بیماری‌های مزمن غیر واگیر در بیشتر مناطق جهان در آینده همه موارد زیر هست بجز: *(تالیفی)*

الف) نمایه توده بدنی بالا

ب) شیوع بالای عوامل خطر تغذیه‌ای

ج) مسن شدن جمعیت

د) مصرف تنباکو

پاسخ: به دلیل شیوع بالای عوامل خطر تغذیه‌ای، فشار خون بالا، مصرف تنباکو، قند خون بالا و نمای توده بدنی بالا (همان بیش وزنی یا چاقی) در بیشتر مناطق جهان انتظار می‌رود که در آینده نیز بیمای‌های مزمن غیرواگیر گسترش یابند.

پاسخ: ج)

فصل ۱۳: حقوق دریافت‌کنندگان خدمات سلامت

جنبه‌های حقوق دریافت‌کننده خدمات سلامت
- **کیفیت:** ارائه خدمات با کیفیت و ارتقاء کیفیت خدمات در طول زمان ← حاکمیت بالینی
- **ایمنی:** محافظت از ارائه دهنده و دریافت‌کننده خدمات سلامت در برابر خطرات خدمت

تعریف استانداردها در فرایندهای ارائه خدمات سلامتی
- مسئولیت‌پذیری و پاسخ‌گویی
  - انتقال اطلاعات به گیرندگان خدمت از هر طریق قابل فهم برای ایشان
  - اولین اصل از حقوق افراد در دریافت خدمات ← دانستن و آگاهی
- کاهش خطر ← سودرسانی و کاهش آسیب

مدل ارتقاء کیفیت FOCUS-PDCA
- FOCUS
  1. Find ← **پیدا کردن** فرآیند دارای مشکل
  2. Organize ← **سازماندهی**، یعنی مشخص کردن اجزا و مراحل کاری
  3. Clarify ← **شفاف‌سازی** کارکرد اجزای فرآیند
  4. Understand ← **درک** نقش هریک از اجزا در ایجاد مشکل
  5. Select ← **انتخاب** فعالیت معیوب جهت ارتقا
- PDCA
  6. Plan ← تدوین **برنامه** ارتقای آن فعالیت
  7. Do ← **اجرای** برنامه
  8. Check ← **ارزشیابی و پایش** اجرای برنامه
  9. Act ← **اقدام** براساس نتایج پایش و ارزشیابی به منظور ارتقاء برنامه
- ممکن است چندین بار تکرار شود تا نتایج موردنظر در ارتقاء کیفیت حاصل آید.

شاخص‌های ارزیابی کارآیی و کیفیت
- دقت شاخص‌ها، باید متناسب با حساسیت آن شاخص باشد. دقت نسبی در مورد شاخص‌ها که کاربردی بودن آن را تحت تأثیر قرار ندهد مناسب‌تر از دقت بسیار بالا در برآورد است که هزینه بالایی نیز دارد.
- شاخص‌های انتخاب شده باید براساس شواهد مرتبط با کیفیت و کارآیی مراقبت‌های سلامت باشد.
- انواع شاخص‌ها
  - مرتبط با ساختار ارائه خدمت ← این شاخص‌ها تعیین‌کننده وجود شرایط لازم برای انجام فرآیند می‌باشند.
  - مرتبط با فرآیند ارائه خدمت ← این شاخص‌ها تعیین‌کننده نیازهای مرتبط با نیروی انسانی و یا نیاز به تدوین و بازآموزی راهنماهای بالینی را مطرح می‌کند.
  - مرتبط با بروندادهای خدمات ← این شاخص‌ها به‌عنوان اولین شاخص‌ها در هر فرآیندی ارزیابی می‌شوند و نشان‌دهنده وضعیت کلی فرآیندند.
  - اختصاصی برای بیماری
  - غیراختصاصی ← مثلاً بیانگر خدمات لازم در جهت پیشگیری و کنترل یک گروه از بیماری‌ها هستند. می‌توان از ترکیب شاخص‌های اختصاصی بیماری‌های مختلف برای دستیابی به شاخص‌های غیراختصاصی استفاده کرد.

برآورد شاخص‌ها برحسب ویژگی‌های گیرندگان خدمات

- عواملی که براساس آن تحلیل و محاسبه شاخص‌ها صورت می‌گیرد می‌تواند فردی باشد مثل سن و جنس، و یا جغرافیایی مثل نژاد و کشور و یا مرتبط با وضعیت سلامت و .... باشد.
- طبقه‌بندی انواع خطر
  - **گروه یک:** حوادث بسیار شدید ← بلافاصله گزارش و مورد پیگیری. مثل مرگ و جراحت شدید
  - **گروه دو:** حوادث شدید ← بررسی پس از حوادث گروه یک. مانند عفونت محل جراحی، توقف قبلی تنفسی حین جراحی در بیمار با خطر متوسط
  - **گروه سه:** حوادث غیرجدی و غیرمهم

گزارش حوادث نامطلوب

- گزارش‌ها باید شامل زمان و مکان رخداد و افراد مسئول در حین رخداد حادثه باشند.
- اگر گزارش حوادث نامطلوب به منظور ارتقاء کیفیت خدمات انجام شود، باید
  - موارد نزدیک به رخداد حادثه نیز در نظر گرفته و گزارش شوند.
  - شرایط لازم برای گزارش فعال و کارآمد در سازمان فراهم باشد.
- باید علل ریشه‌ای حوادث مشخص شوند تا بتوان چاره اصلی به منظور پیشگیری از رخداد مجدد آنها پیدا کرد.

* اثربخشی: اثربخش نبودن خدمات در حل مشکل سلامتی ← نشان‌دهنده فقدان کیفیت
* متناسب بودن: خدمات متناسب با همان مشکل سلامتی که مراجعه‌کننده به منظور آن مراجعه کرده باشد.

- شاخص‌های همه یا هیچ: عدم ارائه حتی یکی از مراقبت‌ها $\xrightarrow{\text{منجر به}}$ عدم تناسب و کارآیی کل خدمت

* مقبولیت: اگر خدمات مقبول گیرندگان نباشند کارآیی نخواهند داشت.

پیمایش نظرات دریافت‌کنندگان خدمات

- شاخص‌های مختلف مرتبط با نظرات گیرندگان تعیین‌کننده میزان مقبولیت خدمت هستند.
- پوشش این پیمایش
  - رضایت از محیط ارائه خدمت ← شامل زمان انتظار، محیط فیزیکی و شرایط روانی اتاق انتظار، هزینه خدمات و ....
  - رضایت از خدمات ← شامل اطلاعات علمی، مهارت و پیگیری نشان داده شده توسط مراقب سلامت و تأثیر آن در حل مشکل
  - میزان توجه به نیازهای ویژه ← نیاز ویژه در معلولین و بیماران متفاوت از نظر فرهنگ و زبان
  - بررسی شکایت‌ها و پیشنهادات

دسترسی

- اغلب به میزان علامت در دسترسی به مراقبت‌ها توجه می‌شود تا دسترسی برای تمامی افراد نیازمند خدمت.
- دسترسی یکسان براساس ویژگی‌های فردی، دموگرافیک و جغرافیایی باید وجود داشته باشد.

* ابعاد کیفیت: (۱) ایمنی، (۲) اثربخشی، (۳) مناسب بودن، (۴) مقبولیت، (۵) دسترسی، (۶) کارآئی
* کارآئی: بیشتر خدمت با کمترین هزینه. در صورت تأمین دیگر ابعاد کیفیت و با به حداقل رساندن هزینه حاصل می‌شود.

هزینه به ازای خدمت
- شاخصی در ارزیابی کارائی مراقبت‌هاست
- منابع مختلف تأمین هزینه‌ها مانند بیمه‌های پایه و تکمیلی و منابع عمومی نباید از فهرست هزینه‌ها خارج شود.

عدم مراجعه
- شاخصی در نشان دادن ناکارآمدی یک مجموعه در ارائه خدمت با کیفیت
- منجر به هدر رفت منابع شده و استقبال از دریافت دیگر خدمات را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد.

سؤالات برگزیده حقوق دریافت‌کنندگان خدمات سلامت

۱- کدام جمله صحیح است؟ (تالیفی)

الف) اولین اصل از حقوق افراد در دریافت خدمات، رعایت ایمنی برای آنان می‌باشد.
ب) حاکمیت بالینی به معنی ارائه خدمت با حداکثر کارائی می‌باشد.
ج) شاخص مرتبط با ارائه خدمت اولین شاخصی است که در هر فرآیندی ارزیابی می‌شود.
د) می‌توان از ترکیب شاخص‌های اختصاصی بیماری‌های مختلف برای دستیابی به شاخص‌های غیراختصاصی استفاده کرد.

پاسخ: اولین اصل از حقوق افراد در دریافت خدمات، دانستن و آگاهی می‌باشد (گزینه الف). حاکمیت بالینی به معنی ارائه خدمات با کیفیت و ارتقاء کیفیت خدمات در طول زمان می‌باشد (گزینه ب). شاخص‌های مرتبط با برونداد‌های خدمات، اولین شاخص‌هایی هستند که در هر فرایندی ارزیابی می‌شوند و نشان دهنده وضعیت کلی فرایندند (گزینه ج).

پاسخ: د)

۲- در مدل ارتقا کیفیت FOCUS – PDCA بعد از مرحله شفاف‌سازی کارکرد اجرای فرایند، کدام مرحله قرار دارد؟ (تالیفی)

الف) انتخاب فعالیت معیوب جهت ارتقاء
ب) درک نقش هریک از اجزا در ایجاد مشکل
ج) مشخص کردن اجزا و مراحل کاری
د) تدوین برنامه ارتقای آن فعالیت

پاسخ: مراجعه به صفحه ۷۲، مدل ارتقاء کیفیت FOCUS – PDCA.

پاسخ: ب)

۳- کدام گزینه نادرست است؟ (تالیفی)

الف) مراحل FOCUS ممکن است چندین بار تکرار شوند تا نتایج مورد نظر در ارتقا کیفیت حاصل آید.
ب) توقف قلبی تنفسی حین جراحی در بیمار با خطر متوسط جزء حوادث شدید و گروه ۲ انواع خطر به حساب می‌آید.
ج) اغلب به میزان عدالت در دسترسی به مراقبت‌ها توجه می‌شود تا دسترسی برای تمامی افراد نیازمند.
د) کارآئی در صورت تأمین دیگر ابعاد کیفیت و با به حداقل رساندن هزینه‌ها حاصل می‌شود.

پاسخ: پس از انجام مراحل FOCUS، مراحل PDCA ممکن است چندین بار تکرار شود تا نتایج موردنظر در ارتقاء کیفیت حاصل آید.

پاسخ: الف)

۴- کدام‌یک از گزینه‌های زیر جزء ابعاد کیفیت نمی‌باشد؟ (تالیفی)

الف) ایمنی
ب) مقبولیت
ج) عدالت
د) کارآئی

پاسخ: ابعاد کیفیت: (۱) ایمنی، (۲) اثربخشی، (۳) مناسب بودن، (۴) مقبولیت، (۵) دسترسی، (۶) کارآئی

پاسخ: ج)

فصل ۱۱۴: رویکرد اقتصادی به خدمات سلامت

- سلامت به‌عنوان کالای عمومی ← کالای عمومی: کالایی است که توسط همه مردم به‌صورت جمعی مصرف می‌شود. این کالا غیرقابل تقسیم است و مصرف یک نفر اثری بر مصرف دیگری ندارد. مانند هوای پاک یا واکسیناسیون
- نقش مقابل سلامت و رشد اقتصادی: سرمایه‌گذاری در آموزش و سلامت نیروی انسانی منجر به ← ارتقای بهره‌وری افراد ← رشد اقتصادی

سهم اختصاص یافته از منابع اقتصادی به بخش سلامت

- هزینه‌های سلامت سریع‌تر از تولید خالص ملی و جمعیت افزایش می‌یابد.
- لازمه افزایش سهم سلامت از تولید ناخالص داخلی،کاستن از سهم سایر بخش‌های توسعه جامعه مثل آموزش، کشاورزی و ... است که خود از تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت هستند.

دلایل ضرورت رویکرد اقتصادی در خدمات سلامت

- عوامل متعددی باعث افزایش هزینه در نظام‌های سلامت در دو دهه اخیر شده‌اند و از طرفی در افزایش منابع سلامت محدودیت وجود دارد.

مهم‌ترین این عوامل:

- پیشرفت‌های روز افزون تکنولوژی و دانش در رشته‌های بهداشت و درمان
- تغییر الگوی بیماری‌ها و نیازهای سلامتی مردم: بیماری‌های واگیر کم و بیماری‌های غیرواگیر زیاد شده‌اند ← دوره ابتلا این بیماری‌ها طولانی و در نتیجه هزینه درمانی آنها بالاست.
- تغییرات الگوی جمعیتی و سالمندی جمعیت ← افزایش ابتلای همزمان به چند بیماری (Comorbldity)
- تغییر شیوه زندگی و ساختار فرهنگی اجتماعی ← افزایش مهاجرت و شهرنشینی و سکونت تعداد زیادی از مردم در حاشیه شهرها که محیط مساعد سلامتی نیست.
- بیمارستان محوری
  - مهم‌ترین منبع ناکارآیی و بی‌عدالتی نظام‌های سلامت
  - وابستگی به صنعت پزشکی و ایجاد بیماری‌های با منشأ بیمارستان ← بسیار پرهزینه
- افزایش جمعیت: پیش‌بینی می‌شود در سال ۲۰۵۰ جمعیت جهان به ۹ میلیارد نفرد برسد که ۸۰ تا ۹۰٪ آن در کشورهای در حال توسعه و فقط جهان خواهند بود.
- نابسامانی و آشفتگی نظام سلامت ← روند
  - بیمارستان محوری
  - تجاری شدن
  - چندپارگی: تعداد بسیار زیاد برنامه‌ها و طرح‌ها
- رکود اقتصادی: در کشورهای در حال توسعه و فقیر جهان ← توام بودن توقف رشد اقتصادی، ناامنی سیاسی و فقدان پیشرفت نسبی امید به زندگی. تهدیدکننده‌های سلامت (سیگار، چاقی، خشونت‌های شهری) و جنگ در این کشورها بیشتر است.
- کارآیی
  - کارآیی فنی: انجام فعالیت‌های مورد نظر با استفاده از کمترین منابع ممکن یا انجام بیشترین فعالیت‌های ممکن با حجم مشخصی از منابع
  - کارآیی تخصصی: هدایت منابع به سوی مصارفی با بیشترین بهره‌وری

- به‌طور معمول هزینه کردن بیشتر برای نظام سلامت پیامدهای بهتر سلامتی به همراه دارد ولی در شرایط فوق نحوه خرج کردن منابع مالی و نوع سیاست‌ها مهم‌تر است.

اقتصاد سلامت

- محدودیت مهم‌ترین موضوع در اقتصاد است.
- تخصیص و بهره‌وری مطلوب از منابع موجود و جلب مشارکت مؤثر افراد و جوامع

- تفاوت‌های بازار خدمات سلامت با بخش‌های دیگر
  - نیاز اجتناب ناپذیر همه افراد به خدمات سلامت
  - برخورداری از خدمات سلامت حق بشری است و نمی‌توان کسی را به دلیل نداشتن امکانات مالی از آن محروم کرد.
  - عدم امکان پیش‌بینی نیاز به خدمات
  - غیرقابل ذخیره بودن کالای ارائه شده در این بازار
  - عدم تقارن اطلاعات ارائه‌کننده خدمات (فروشنده) و بیمار (مشتری)
  - گیرنده خدمات حق انتخاب دارد ولی تصمیم گیرنده نهایی ارائه کننده خدمات است.
  - محدودیت در رقابت (رعایت تعرفه)
  - محدودیت در ورود و خروج از بازار
  - بدون طی دوره آموزشی و کسب صلاحیت لازم و اخذ مجوز، امکان کار در این بازار نیست.
  - تجلی اثربخشی خدمات سلامت در خارج از بخش سلامت.

سؤالات برگزیده رویکرد اقتصادی به خدمات سلامت

۱- کدام‌یک از گزینه‌های زیر جزء عوامل افزایش هزینه در نظام‌های سلامت در دو دهه اخیر نمی‌باشد؟ (تألیفی)

الف) پیشرفت تکنولوژی و دانش ب) سالمندی جمعیت

ج) تغییر شیوه زندگی و ساختار فرهنگی اجتماعی د) ایجاد نظام‌های مراقبت‌های اولیه

پاسخ: عوامل افزایش هزینه در نظام‌های سلامت در دو دهه اخیر: پیشرفت‌های روز افزون تکنولوژی و دانش در رشته‌های بهداشت و درمان، تغییر الگوی بیماری‌ها و نیازهای سلامتی مردم، تغییرات الگوی جمعیتی و سالمندی جمعیت، تغییر شیوه زندگی و ساختار فرهنگی اجتماعی، بیمارستان محوری، افزایش جمعیت، نابسامانی و آشفتگی نظام سلامت و رکود اقتصادی

پاسخ: د)

۲- کدام‌یک از گزینه‌های زیر جزء علل نابسامانی کنونی در نظام سلامت نیست؟ (تألیفی)

الف) بیمارستان محوری ب) دخلات بیش از حد دولت‌ها ج) تجاری شدن د) چندپارگی

پاسخ: ارجاع به صفحه ۷۵، نابسامانی و آشفتگی نظام سلامت

پاسخ: ب)

۳- کدام جمله نادرست است؟ (تألیفی)

الف) به‌طور معمول هزینه کردن بیشتر برای نظام سلامت پیامدهای بهتری به همراه دارد.

ب) بیمارستان محوری مهم‌ترین منبع ناکارآئی و بی‌عدالتی نظام‌های سلامت است.

ج) در بازار خدمات سلامت تصمیم گیرنده نهایی دریافت کننده خدمت (مشتری) می‌باشد.

د) هزینه‌های سلامت سریع‌تر از تولید ناخالص ملی و جمعیت افزایش می‌یابد.

پاسخ: در بازار خدمات سلامت گیرنده خدمات حق انتخاب دارد ولی تصمیم گیرنده نهایی ارائه کننده خدمات است.

پاسخ: ج)

فصل ۱۵: ملاحظات اخلاقی در خدمات سلامت عمومی

تعریف سلامت عمومی

- وینلو (۱۹۲۰) ← «سلامت عمومی، هنر و علم پیشگیری از بیماری‌ها، طولانی کردن عمر انسان‌ها و ارتقای سلامت جسمی و کارآیی آنها از طریق تلاش‌های سازمان یافته اجتماعی است» ← بعدها به این تعریف ابعاد دیگر سلامت نیز اضافه شد.

- خدمات ضروری سلامت عمومی
  - پایش وضعیت سلامت، تشخیص و بررسی مشکلات و مخاطرات سلامت در جامعه و حل آنها
  - آگاه کردن مردم درمورد موضوعات سلامت
  - جلب همکاری‌های اجتماعی برای حل مشکلات سلامت
  - تدوین برنامه‌هایی که از حرکت به سمت سلامت حمایت کند.
  - تقویت مقرراتی که سلامت را حفظ و ایمنی را تضمین کند.
  - ایجاد راه‌های ارتباطی بین مردم و پرسنل ارائه‌دهنده خدمات سلامت برای در دسترس کردن این خدمات
  - تأمین نیروی انسانی توانمند برای ارائه خدمات سلامت
  - ارزشیابی اثربخشی، در دسترس بودن و کیفیت خدمات سلامت
  - انجام پژوهش‌ها ← در ارتباط با تمام زمینه‌های ذکر شده در بالا

تعریف چند واژه

- اخلاق ← پرداختن به این سوال که چه چیزی درست و چه چیزی نادرست است.
- اخلاق پزشکی ← فقط به ملاحظات اخلاقی در عرصه پزشکی بالینی می‌پردازد.
- اخلاق زیستی
  - به جنبه‌های اخلاقی حفظ سلامت برای تمامی موجودات زنده دلالت دارد.
  - **عرصه‌ها**
    - اخلاق پزشکی
    - اخلاق در پژوهش
  - **اصول**
    - سود رساندن
    - ضرر نرساندن
    - احترام به آزادی افراد
    - عدالت

جدول ۱-۱۵. مقایسه اخلاق در سلامت عمومی و اخلاق پزشکی

تمرکز و تمایل اخلاق در سلامت عمومی	تمرکز و تمایل اخلاق پزشکی
پیشگیری از بیماری‌ها و آسیب‌ها	درمان بیماری‌ها و آسیب‌ها
طیفی از مداخلات قابل ارائه توسط کارکنان نظام سلامت	مداخلات پزشکی قابل ارائه توسط پزشکان
سود رساندن به جامعه و ضرر نرساندن در اقدامات جامعه محور	سود رساندن به بیمار و ضرر نرساندن به او براساس تعهد اخلاقی و الزام‌آور پزشک برای ارائه بهترین خدمات
آزادی نسبی اعضای جامعه	احترام برای تک‌تک بیماران
تعهد به اجماع برای پرداختن به دغدغه‌های سلامت آنها که حل آنها نیازمند اقدام جمعی است	تعهد حرفه‌ای برای اولویت دادن به سود بیماران در مقابل نفع پزشک

جدول ۱-۱۵. مقایسه اخلاق در سلامت عمومی و اخلاق پزشکی (ادامه)

اختیار و اقتدار قانونی که براساس آن سیاست‌گذار حق دارد مقررات سلامت را وضع کند	اختیار و اقتدار پزشک بر پایه اعتماد بیمار به وی براساس اعتبار حرفه‌ای
رضایت جامعه از طریق گفت و گو و تعامل و همکاری با مردم	کسب رضایت آگاهانه از بیمار برای مداخلات پزشکی
عدالت اجتماعی در زمینه سلامت و رعایت برابری در نظام سلامت	درمان عادلانه و بدون تبعیض بیماران و تضمین دسترسی تک‌تک به خدمات درمانی

چالش‌های اخلاقی

- پیشگیری کنترل بیماری‌های واگیر ← **آیا ما مجاز هستیم برای حفظ سلامت جامعه اختیارات افراد را محدود کنیم؟**
  - مثال‌ها:
    - سل ← در مواردی درمان اجباری حتی با زور قابل توجیه است. درمان سل در درجه اول به نفع خود بیمار است ولی انگیزه اصلی اجبار حفظ سلامت جامعه است.
    - سارس ← در سال‌های ۲۰۰۲ و ۲۰۰۳ منجر به پاندمی شد. در برخی مناطق دنیا استراتژی‌هایی مثل تعطیلی موقت مدارس و قرنطینه و ... استفاده شد. بعدها مشخص شد این مداخلات ضرورتی نداشتند؛ با این حال وقتی پیامدهای بالقوه یک بیماری برای علم پزشکی ناشناخته و بالقوه خانمان برانداز است، این اقدامات قابل توجه‌اند.
    - HIV/AIDS ← تجویز داروهای ضدرتروویروس برای افراد آلوده به HIV در کاهش ریسک انتقال بیماری به شریک جنسی یا شریک سرنگ آنها نقش دارد ولی ممکن است برای خود فرد آلوده اثر بالینی مثبتی نداشته باشد.
    - واکسیناسیون ← هم به سود فردی است که واکسینه می‌شود هم به سود بقیه افراد جامعه. کودکانی که به‌دلیل باورهای والدینشان واکسینه نمی‌شوند در برخی کشورها نمی‌توانند در مدرسه ثبت نام کنند. اگر اپیدمی یک بیماری قابل کنترل با واکسن ایجاد شود، واکسیناسیون اجباری کودک در جهات حفظ سلامت جامعه، قابل توجیه است.
- غربالگری ← گاهی آزمایشات تشخیصی برای افراد به ظاهر سالم الزامی در نظر گرفته می‌شود، مثل قبل از استخدام ← اگر سودی که از نظر سلامت برای جامعه به دست می‌آید بیش از این محدودیت در آزادی فردی باشد، قابل توجیه است.
- ارتقای سلامت ← به نظر می‌رسد انسان‌ها تا زمانی که به یکدیگر مستقیماً آسیب نرسانند، مختارند رفتارهای ناسالم پیشه کنند؛ به‌عنوان مثال مصرف سیگار ← سؤالی که مطرح می‌شود این است که دولت‌ها تا چه حد الزام اخلاقی دارند که آسیب‌های ناشی از مصرف سیگار را در جامعه کاهش دهند.
- نظام مراقبت سلامت ← مثال: طی سالیان اخیر که برای کنترل عفونت HIV درمان وجود دارد، آزمایش HIV روی نمونه‌هایی که افراد به منظور دیگری تحویل آزمایشگاه داده‌اند از نظر اخلاقی مورد تأیید نیست زیرا وقتی نمونه بدون نام باشد، دیگر نمی‌توان در صورت تشخیص عفونت فرد را پیدا کرد و به او اطلاع داد، بر روی نمونه‌های نامدار هم نمی‌توان چنین بررسی انجام داد چون این اجازه از آنها گرفته نشده.
- اپیدمی‌ها، فوریت‌ها و بلایا ← در این شرایط اهمیت برقراری سلامت عمومی فراتر از احترام به آزادی افراد است. در بحران‌ها زمان ما محدود است.
- انگ خوردن ← احتمال انتقال عمودی HIV (از مادر مبتلا به نوزاد) را می‌توان با تغذیه کودک با شیر خشک به جای شیر مادر کاهش داد ولی در بعضی مناطق اگر مادر به نوزاد شیر ندهد همسرش ممکن است شک کند که وی HIV مثبت است و او را طرد کند. ← چاره این مشکل در درازمدت رشد فرهنگ جامعه، کاهش انگ HIV و توانمندسازی زنان است.
- مشوق‌های سلامت ← گاهی بین این مشوق‌ها و باورهای فرهنگی جامعه تضاد وجود دارد.
- پژوهش ← بیانیه هلسینکی دستورالعمل معتبریست که برای پاسخ به سؤالات و چالش‌های مطرح شده در پژوهش به آن استناد می‌شود.

* شرکت‌کنندگان در پژوهش، هر زمان که بخواهند و به هر دلیلی می‌توانند از پژوهش خارج شوند، بدون اینکه از دریافت خدمات سلامت محروم شوند.

تحلیل اخلاقی اقدامات در خدمات سلامت

۱- قدم اول: بررسی ابعاد اخلاقی موضوع سلامت عمومی و شرایط زمینه‌ای ← مثلاً: خطرات، اهداف، مقررات، توقعات و ...

۲- قدم دوم: تعیین راه‌های دیگر برای این اقدام و ارزشیابی ابعاد اخلاقی آنها

- سودمندی ← آیا اقدام مورد نظر بهترین تعادل بین سود و ضرر را با در نظر گرفتن هزینه‌ها فراهم می‌کند؟
- احترام به دغدغه‌ها و علایق فرد و جامعه
- **برابری و عدالت**
  - عدالت توزیعی: توزیع بار مشکل و فواید حل آن به‌طور عادلانه بین افراد
  - عدالت در رویه: جلب مشارکت مطلوب اجتماعی از جمله مشارکت زیر گروه‌های درگیر در مشکل
- سایر ملاحظات اخلاقی ← مثلاً: یک جانبه نبودن تلاش‌ها، انسجام، عمل به وعده‌ها، شفافیت و ...

۳- قدم سوم: بررسی وجود توجیه کافی برای یک تصمیم خاص در عرصه سلامت عمومی

- اثربخشی
- ضرورت
- توجیه عمومی
- کمترین نادیده گرفتن حقوق انسانی
- متناسب بودن ← اگر برای انجام این اقدام به یک ملاحظه اخلاقی بی‌توجهی شود، آیا فواید اجتماعی آن برای جامعه فراتر از بی‌توجهی است؟

سؤالات برگزیده ملاحظات اخلاقی در خدمات سلامت عمومی

۱- کدام‌یک جزء اصول اخلاق زیستی نمی‌باشد؟ (تالیفی)

الف) سود رساندن ب) احترام به آزادی افراد ج) عدالت د) محرمانگی

پاسخ: اصول اخلاق زیستی: سود رساندن، ضرر نرساندن، احترام به آزادی افراد، عدالت

پاسخ: د)

۲- کدام مورد زیر غیراخلاقی است؟ (تالیفی)

الف) درمان به زور فردی مبتلا به سل که از تحت درمان قرار گرفتن امتناع می‌کند.

ب) قرنطینه بیمارانی که به بیماری‌ای ناشناخته مبتلاند و مشخص نیست این اقدام تأثیر مثبتی دارد یا نه.

ج) انجام تست HIV روی نمونه‌های خون بی‌نام باقی‌مانده از افرادی که برای آزمایش قند نمونه داده‌اند.

د) واکسیناسیون اجباری کودکی در یک اپیدمی که والدینش با واکسیناسیون مخالفند.

پاسخ: طی سالیان اخیر که برای کنترل عفونت HIV درمان وجود دارد، آزمایش HIV روی نمونه‌هایی که افراد به منظور دیگری تحویل آزمایشگاه داده‌اند از نظر اخلاقی مورد تأیید نیست زیرا وقتی نمونه بدون نام باشد، دیگر نمی‌توان در صورت تشخیص عفونت فرد را پیدا کرد و به او اطلاع داد، بر روی نمونه‌های نامدار هم نمی‌توان چنین بررسی انجام داد چون این اجازه از آنها گرفته نشده.

پاسخ: ج)

۳- کدام جمله نادرست است؟ (تالیفی)

الف) برای پاسخ به سؤالات و چالش‌های مطرح در پژوهش، به بیانیه‌ی اتاوا استناد می‌شود.

ب) شرکت‌کنندگان در پژوهش هر زمان که بخواهند و به هر دلیلی می‌توانند از پژوهش خارج شوند.

ج) در اپیدمی‌ها و بلایا و فوریت‌ها اهمیت برقراری سلامت عمومی فراتر از احترام به آزادی افراد است.

د) عدالت توزیعی به معنی توزیع بار مشکل و فواید حل آن به‌طور عادلانه بین افراد می‌باشد.

پاسخ: برای پاسخ به سؤالات و چالش‌های مطرح شده در پژوهش به بیانیه هلسینکی استناد می‌شود.

پاسخ: الف)

سؤال تثبیتی اصول خدمات سلامت

فصل اول

۱- به اختلال سلامت در حوزه کارکردی چه می‌گویند؟ (تالیفی)

الف) بیماری ب) ناخوشی ج) ناراحتی د) کسالت

۲- صاحب کتاب ذخیره خوارزمشاهی کدام نویسنده زیر است؟ (تالیفی)

الف) ابوابراهیم اسماعیل جرجانی ب) ابوعلی سینا

ج) علی‌بن اهوازی ارجانی د) محمد زکریای رازی

۳- کدام‌یک جزء عوامل زمینه‌ساز افزایش بیماری‌های غیرواگیر مزمن نمی‌باشد؟ (تالیفی)

الف) الگوی تغذیه‌ای ب) الگوی زندگی ج) الگوی جمعیتی د) الگوی رفتاری

۴- کدام‌یک جزء مفاهیم عدالت در سلامت نمی‌باشد؟ (تالیفی)

الف) برابری در دسترسی به خدمات سلامت ب) برابری در برخورداری و مصرف خدمات سلامت

ج) برابری در فرصت‌های سالم زیستن د) برابری در پرداخت هزینه‌های سلامت

۵- کشورهای سازمان ملل سال در چه سالی به برنامه «سلامت برای همه» متعهد شدند؟ (تالیفی)

الف) ۱۹۷۸ ب) ۱۹۸۱ ج) ۱۹۸۶ د) ۲۰۰۰

سؤال	۱	۲	۳	۴	۵
پاسخ	د	الف	ج	د	ب
ارجاعات	ص ۲	ص ۱	ص ۳	ص ۳	ص ۳

فصل دوم

۱- کدام‌یک از ابعاد اجتماعی سلامت نمی‌باشد؟ (تالیفی)

الف) ارتباط سالم با افراد جامعه ب) واکنش مناسب به تغییرات محیطی

ج) تعادل مردم با نهادهای اجتماعی د) مشارکت در فعالیت‌های اجتماعی

۲- کدام‌یک از جملات زیر تعریف اساس‌نامه ۱۹۴۸ سازمان جهانی بهداشت از سلامت است؟ (تالیفی)

الف) قدرت تطابق فرد با همه تقاضاهای زندگی روزمره

ب) وضعیت تعادل بین فرد و محیط فیزیکی و اجتماعی‌اش

ج) رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی و نه فقط نبود بیماری

د) فرد سالم فردی است که در جامعه منشأ تولید و درآمدزایی است

۳- برای کدام‌یک از بیماری‌های زیر، پیشگیری سطح ابتدایی صورت گرفته است؟ (تالیفی)

الف) فلج اطفال ب) سل ج) آبله د) هیچکدام

۴- استفاده از مواد ضدعفونی‌کننده، کدام‌یک از سطوح پیشگیری می‌باشد؟ (تالیفی)

الف) ابتدایی ب) اولیه ج) ثانویه د) ثالثیه

۵- غربالگری تنبلی چشم باید در کدام‌یک از سنین زیر اجرا شود؟ (تالیفی)

الف) ۱ تا ۳ سال ب) ۴ تا ۶ سال ج) ۷ تا ۹ سال د) ۱۰ تا ۱۲ سال

۶- پیشگیری از استفاده بیهوده از آنتی‌بیوتیک‌ها جزء کدام سطح از سطوح پیشگیری می‌باشد؟ (تالیفی)

الف) سطح اول ب) سطح دوم ج) سطح سوم د) سطح چهارم

۷- کدام‌یک از گزینه‌های زیر بهترین کمک برای پیشگیری سطح چهارم است؟ (تالیفی)

الف) تدوین راهنماهای بالینی ب) افزایش قیمت آزمایش‌های پیشرفته‌تر

ج) رعایت نظام ارجاع د) مراجعه به چند پزشک مختلف برای یک مشکل سلامتی

سؤال	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
پاسخ	ب	ج	ج	ب	ب	د	الف
ارجاعات	ص ۶	ص ۶	ص ۷	ص ۷	ص ۷	ص ۷	ص ۸

فصل سوم

۱- به چه دلیل دولت‌ها متولی تأمین سلامتی مردم هستند؟ (تالیفی)

الف) زیرا دولت بیشترین سود را از سلامتی مردم و جوامع می‌برد.

ب) زیرا عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت به قدری گسترده‌اند که تأمین همه آنها تنها از عهده دولت برمی‌آید.

ج) زیرا رشد اقتصادی مهم‌ترین عامل در توسعه جوامع و مهم‌ترین عامل اجتماعی تأثیرگذار بر سلامت است.

د) هیچکدام

۲- مراقبت‌های سلامت ارائه شده در نظام سلامت تأمین‌کننده حداکثر چند درصد از سهم سلامت می‌باشند؟ (تالیفی)

الف) ۲۵ درصد ب) ۴۰ درصد ج) ۵۰ درصد د) ۶۰ درصد

۳- کدام‌یک جزء اصول ارائه مراقبت‌های سلامت نیست؟ (تالیفی)

الف) تناسب ب) کارائی ج) عدالت د) دسترسی

۴- «کارائی» به چه معناست؟ (تالیفی)

الف) تأثیر در شرایط مطالعاتی و ایده‌آل بر روی نمونه منتخب ب) بیشترین تأثیر با کمترین هزینه

ج) اثر در شرایط عادی و بر روی عموم د) اثرگذاری بدون توجه به هزینه

۵- کدام‌یک از گزینه‌های زیر بهترین تعریف از «نیازهای ضروری» می‌باشد؟ (تالیفی)

الف) نیازی که در صورت عدم رسیدگی منجر به عوارض وخیمی می‌شود.

ب) نیازی که به دلیل مشاهده در گروه‌های همسان ایجاد شده.

ج) نیازی که براساس شواهد و مستندات علمی است.

د) نیازی که به خودی خود برطرف نمی‌شود.

۶- کدام‌یک از نیازها منجر به ارتقاء سلامت فرد نمی‌شود؟ (تالیفی)

الف) نیاز ضروری ب) نیاز درک شده ج) نیاز بیان شده د) نیاز رقابتی

۷- کدام گزینه زیر باعث فراهم شدن خدمات تخصصی برای افرادی که واقعاً به آن نیاز دارند می‌شود؟ (تالیفی)

الف) سطح‌بندی خدمات سلامت و طراحی نظام ارجاع
ب) اقدامات پیشگیرانه
ج) ارائه مراقبت‌های درمانی براساس تقاضا
د) همه موارد

سؤال	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
پاسخ	ب	الف	ب	ب	ج	د	الف
ارجاعات	ص ۱۰	ص ۱۰	ص ۱۰	ص ۱۱	ص ۱۱	ص ۱۱	ص ۱۱

فصل چهارم

۱- در ارائه خدمات سلامت مشارکت مالی عادلانه به چه معناست؟ (تالیفی)

الف) مشارکت مالی مردم براساس استفاده آنها از خدمات نظام سلامت.
ب) مشارکت مالی همه مردم به یک اندازه.
ج) مشارکت مالی برحسب تمکن مالی افراد، فارغ از میزان مصرف خدمات سلامت.
د) مشارکت مالی هر فرد براساس مالیات پرداختی توسط او

۲- در کدام‌یک از انواع نظام‌های سلامت اکثر ارائه‌کنندگان خدمات سلامت به صورت انفرادی کار می‌کنند؟ (تالیفی)

الف) نظام سلامت مبتنی بر بازار آزاد
ب) نظام سلامت تکثرگرا
ج) نظام سلامت مبتنی بر بیمه اجتماعی
د) هیچکدام

۳- در کدام نظام سلامت بازار ارائه خدمات نوعی بازار اقتصاد آزاد است؟ (تالیفی)

الف) نظام سلامت مبتنی بر بازار آزاد
ب) نظام سلامت تکثرگرا
ج) نظام سلامت مبتنی بر بیمه اجتماعی
د) گزینه الف و ب

۴- کدام‌یک از گزینه‌های زیر درباره نظام سلامت «بازارهای مدیریت شده» نادرست است؟ (تالیفی)

الف) رابطه مالی ارائه‌کنندگان و گیرندگان خدمات سلامت هم مستقیم و هم غیرمستقیم است.
ب) قوائد و ضوابط تماما توسط اتحادیه‌های صنفی تعیین می‌گردد.
ج) ساختارهای بیمه بیشتر به صورت بیمه‌های خصوصی هستند.
د) دولت درصد کمی از خدمات، به‌ویژه در سطح پیشگیری اولیه، را ارائه می‌دهد.

۵- در کدام‌یک از نظام‌های سلامت زیر دولت نقش کمی در ارائه خدمات سلامت دارد و خدمات بیشتر توسط بیمه‌های درمانی اجتماعی ارائه می‌شوند؟ (تالیفی)

الف) نظام سلامت مبتنی بر بازار آزاد
ب) نظام سلامت تکثرگرا
ج) نظام سلامت مبتنی بر بیمه اجتماعی
د) نظام‌های سلامت سوسیالیستی

۶- در کدام‌یک از نظام‌های سلامت، سلامتی حق مردم و دولت تضمین کننده و ارائه‌دهنده آن است؟ (تالیفی)

الف) نظام‌های سلامت مبتنی بر بیمه اجتماعی
ب) نظام‌های خدمات سلامت ملی
ج) نظام‌های سلامت سوسیالیستی
د) همه موارد

سؤال	۱	۲	۳	۴	۵	۶
پاسخ	ج	الف	د	ب	ج	ج
ارجاعات	ص ۱۴	ص ۱۵	ص ۱۵	ص ۱۵	ص ۱۶	ص ۱۶

فصل پنجم

۱- کدام‌یک جزء اصول مراقبت‌های اولیه سلامت نیست؟ *(تالیفی)*

الف) هماهنگی بخش‌های توسعه اقتصادی - اجتماعی
ب) مشارکت مردمی
ج) اولویت داشتن مناطق محروم
د) تعهد سیاسی دولت‌ها

۲- کدام‌یک جزء اجزای PHC در ایران نیست؟ *(تالیفی)*

الف) آموزش سلامت
ب) بهداشت سالمندان
ج) دسترسی به آب آشامیدنی سالم و بهسازی محیط
د) بهداشت حرفه‌ای

۳- کدام‌یک از گزینه‌های زیر درباره مراقبت‌های سلامت اولیه صحیح نمی‌باشد؟ *(تالیفی)*

الف) مراقبت‌های سلامتی که به وسیله ارائه‌دهندگان سلامت در نخستین سطح تماس با مردم ارائه می‌گردد.
ب) زیربنای اصلی نظام ارائه خدمات سلامت است.
ج) برای اولین بار در سال ۱۹۸۶ در اتاوا مطرح شد.
د) باعث کاهش هزینه‌های اقتصادی و اجتماعی در همه بخش‌ها می شود.

۴- بالاترین سطح از مراقبت‌های اولیه سلامتی، کدام‌یک از مراکز زیر است؟ *(تالیفی)*

الف) خانه بهداشت
ب) پایگاه‌های سلامت
ج) مراکز خدمات جامع سلامت
د) گزینه ب و ج

۵- کدام گروه از افراد زیر در «پایگاه سلامت» مشغول به کارند؟ *(تالیفی)*

الف) یک زن و یک مرد بومی
ب) مراقبین سلامت و ماما
ج) پزشک عمومی و دارویار
د) پزشک عمومی و دندان‌پزشک

۶- پزشک خانواده باعث همه موارد زیر می‌شود بجز: *(تالیفی)*

الف) سلامت‌نگر کردن بیمه‌ها
ب) افزایش پاسخ گویی
ج) کاهش مصرف خودسرانه دارو
د) افزایش اقدامات درمانی

سؤال	۱	۲	۳	۴	۵	۶
پاسخ	ج	ب	ج	ج	ب	د
ارجاعات	ص ۲۰	ص ۲۰	ص ۲۰	ص ۲۲	ص ۲۲	ص ۲۲

فصل ششم

۱- کدام جمله نادرست است؟ *(تالیفی)*

الف) سطح سلامتی پایین، علت و معلول سطح اجتماعی - اقتصادی پایین است.
ب) حمایت اجتماعی از افراد باعث توسعه در زمینه‌های اجتماعی، اقتصادی و غیره می‌شود.
ج) افرادی که در دبیرستان ترک تحصیل می‌کنند از گروه‌های در معرض محرومیت اجتماعی هستند.

د) عدم فعالیت فیزیکی مادر در دوران بارداری می‌تواند زمینه‌ساز انواع بیماری‌ها در بزرگسالی فرزندش شود.

سؤال	۱
پاسخ	ج
ارجاعات	ص ۲۶

فصل هفتم

۱- براساس مرحله ارزیابی آموزشی و بوم شناختی الگوی برنامه‌ریزی پریسید - پروسید، کدام‌یک از موارد زیر در گروه عوامل قادرکننده (توانمندساز) قرار می‌گیرد؟ (علوم پایه پزشکی - شهریور ۱۴۰۰)

الف) قوانین و مقررات ب) نگرش و رفتار همسانان ج) رفتارهای کارکنان بهداشتی د) آگاهی و دانش فرد

۲- براساس مرحله چهارم الگوی برنامه‌ریزی پریسید- پروسید (ارزیابی آموزشی و بوم‌شناختی) کدام‌یک از عوامل زیر در گروه عوامل تقویت‌کننده قرار می‌گیرند؟ (علوم پایه پزشکی - اسفند ۱۳۹۹)

الف) نگرش‌ها و رفتارهای کارکنان بهداشتی و همسالان ب) قوانین و مقررات

ج) باورها و دانش افراد در مورد موضوع خاص د) مهارت‌های فردی در انجام کارها

۳- با توجه به مرحله ارزیابی آموزشی و بوم‌شناختی الگوی پریسید، کدام‌یک از گزینه‌های زیر بیان کننده مفهوم عوامل زمینه‌ساز است؟ (علوم پایه پزشکی - شهریور ۱۳۹۹)

الف) عواملی که سبب دلسردی یا دلگرمی افراد برای ادامه رفتار می‌شوند.

ب) باورها، ارزش‌ها و برداشت‌هایی که می‌توانند انگیزه فرد را برای انجام رفتار تقویت کنند.

ج) تشویق‌ها و پسخوراندهایی که پس از انجام رفتار جدید از دیگران دریافت می‌شود.

د) منابع، مهارت‌ها و عواملی که انجام رفتار را تسهیل می‌کنند.

۴- اگر یک فرد چاق برای کاهش وزن به کلینیک تغذیه مراجعه نماید مطابق با الگوی مراحل تغییر (Prochaska) در کدام مرحله قرار دارد؟ (علوم پایه پزشکی - خرداد ۱۳۹۸)

الف) قصد ب) تدارک ج) عمل د) حفظ

۵- مفهوم «سلامت در همه سیاست‌ها» در کدام کنفرانس بیان شد؟ (تالیفی)

الف) آلماآتا ۱۹۷۸ ب) اتاوا ۱۹۸۶ ج) نایروبی ۲۰۰۹ د) هلسینکی ۲۰۱۳

۶- در رویکردهای ارتقای سلامت، کدام‌یک جزء معایب رویکرد پزشکی است؟ (تالیفی)

الف) تعیین‌کننده‌های وسیع‌تر سلامت را در نظر نمی‌گیرد. ب) در این رویکرد سلامتی نداشتن بیماری است.

ج) رویکردی پر هزینه است. د) گزینه الف و ب

۷- از معایب کدام رویکرد ارتقای سلامت، وابسته بودن به افراد کارشناس در مراحل مختلف آن رویکرد می‌باشد؟ (تالیفی)

الف) رویکرد پزشکی ب) رویکرد تغییر رفتار ج) رویکرد تغییر اجتماعی د) رویکرد آموزشی

۸- اگر قانونی مبنی بر جریمه مصرف سیگار در اماکن عمومی وضع شود، از کدام رویکرد ارتقاء سلامت استفاده شده است؟ (تالیفی)

الف) رویکرد تغییر رفتار ب) رویکرد آموزشی

ج) رویکرد تغییر اجتماعی د) رویکرد توانمندسازی مراجع - محور

۹- کدام مرحله، اولین مرحله در مدل پرسید - پروسید است؟ (تالیفی)

الف) ارزیابی کیفیت زندگی ب) ارزیابی اپیدمیولوژیکی ج) ارزیابی رفتاری و محیطی د) ارزیابی آموزشی و اکولوژیک

۱۰- دسترسی به خدمات جزء کدام دسته از عوامل اثرگذار روی رفتار است؟ (تالیفی)

الف) عوامل زمینه‌ساز ب) عوامل تقویت کننده ج) عوامل توانمندساز د) عوامل ارتقا دهنده

۱۱- معلومات جزء کدام دسته از عوامل اثرگذار روی رفتار است؟ (تالیفی)

الف) Predisposing Factors ب) Inducing Factors ج) Reinforcing Factors د) Enabling Factors

۱۲- در مرحله «قصد» از مدل مراحل تغییر، کدام گزینه بیش از بقیه به پیشبرد ارتقاء سلامت کمک می‌کند؟ (تالیفی)

الف) موانع ترک رفتار و راه‌های غلبه بر آن توضیح داده شود.

ب) باید آگاهی را افزایش داد و مشکل سلامت مربوط به رفتار را توضیح داد.

ج) بهتر است منافع ترک رفتار را برای فرد توضیح داد.

د) دادن برنامه به مراجعه‌کننده و پایش وی.

۱۳- اگر فردی دارای اضافه وزن برای رفتن به باشگاه ورزشی و کاهش وزن پول پرداخت کند، بیانگر برداشت فرد از کدام بخش از الگوی باور بهداشت است؟ (تالیفی)

الف) آسیب‌پذیری درک شده ب) موانع درک شده ج) منافع درک شده د) شدت درک شده

۱۴- در برنامه ریزی آموزشی، پس از بررسی وضعیت موجود چه اقدامی صورت می‌گیرد؟ (تالیفی)

الف) تعیین اهداف آموزشی ب) تعیین روش‌های آموزشی ج) اجرا د) ارزشیابی شرایط

سؤال	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹
پاسخ	الف	الف	ب	ج	د	د	ب	ج	الف
ارجاعات	ص ۳۱	ص ۳۱	ص ۳۱	ص ۳۳	ص ۳۰	ص ۳۰	ص ۳۰	ص ۳۱	ص ۳۱

سؤال	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳	۱۴
پاسخ	ج	الف	ج	ب	الف
ارجاعات	ص ۳۱	ص ۳۱	ص ۳۳	ص ۳۴	ص ۳۵

فصل هشتم

۱- کدام‌یک از گزینه‌های زیر ایمنی غیرفعال اکتسابی می‌باشد؟ (تالیفی)

الف) واکسن ب) ایمنوگلبولین

ج) ایمنی ناشی از شیر مادر و جفت د) سلول‌های خاطره

۲- کدام‌یک از گزینه‌های زیر از نقاط تمایز برنامه ایمن‌سازی، از سایر برنامه‌های حفظ و ارتقای سلامت نیست؟ (تالیفی)

الف) ایمن‌سازی علی‌رغم تأثیرات زیاد، هزینه زیادی ندارد.

ب) ایمن‌سازی نیاز به ایجاد تغییرات زیاد در شیوه زندگی افراد ندارد.

ج) ایمن‌سازی عرضه بسیار آسانی دارد.

د) ایمن‌سازی گروه هدف بزرگ و تعریف شده ای دارد.

۳- کدام‌یک از واکسن‌های زیر جزء واکسن‌های برنامه گسترش ایمن‌سازی کشوری ایران نیست؟ (تالیفی)

الف) ب.ث.ژ
ب) هپاتیت ب
ج) قطره خوراکی فلج اطفال
د) مننگوکوک

۴- طبق برنامه واکسیناسیون کودکان از سال ۱۳۹۴، کدام واکسن در یک سالگی به کودکان تزریق می‌شود؟ (تالیفی)

الف) MMR
ب) پنج گانه
ج) سه گانه
د) قطره خوراکی فلج اطفال

۵- کدام‌یک از واکسن های زیر جزء واکسن‌های گروه‌های خاص نمی‌باشد؟ (تالیفی)

الف) آبله مرغان
ب) سیاه زخم
ج) هاری
د) روتاویروس

۶- کدام جمله درباره واکسن‌های غیرفعال صحیح نیست؟ (تالیفی)

الف) کمتر از واکسن‌های زنده تحت تأثیر تخریب آنتی‌بادی‌ها قرار می‌گیرند.
ب) اکثراً پاسخ ایمنی ایجاد شده توسط آنها همورال است.
ج) همیشه به چند دوز از آنها نیاز است و دوز یادآور دارند.
د) احتمال بروز واکنش‌های شدید ناخواسته در انواع تزریقی آن بیشتر از واکسن‌های زنده ضعیف شده است.

۷- کدام‌یک از واکسن‌های زیر، بر پایه پلی‌ساکارید کونژوگه است؟ (تالیفی)

الف) هموفیلوس آنفلوانزای نوع ب
ب) سالمونلا تیفی
ج) هپاتیت ب
د) آنفلوانزا

۸- واکسن ب.ث.ژ به چه صورت تزریق می‌شود؟ (تالیفی)

الف) زیرجلدی
ب) داخل جلدی
ج) خوراکی
د) زیرجلدی یا عضلانی

سؤال	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸
پاسخ	ب	ج	د	الف	ب	د	الف	ب
ارجاعات	ص ۳۹	ص ۴۰	ص ۴۰	ص ۴۱	ص ۴۱	ص ۴۲	ص ۴۲	ص ۴۲

فصل نهم

۱- کدام‌یک از گزینه‌های زیر جزء مخاطرات روانی اجتماعی شغلی نمی‌باشد؟ (تالیفی)

الف) فعالیت‌های تکراری
ب) عدم امنیت شغلی
ج) انگشت‌نما شدن به خاطر بیماری
د) تداخل بین وظایف افراد

۲- اگر یک مخاطره غیرمحتمل و شدید باشد، خطر ارزیابی شده برای آن توسط ماتریکس دو بعدی ارزیابی خطر، چه مقدار است؟ (تالیفی)

الف) بالا
ب) متوسط
ج) پایین
د) خیلی پایین

۳- کدام‌یک از گزینه‌های زیر جزء منابع سلامت فردی نیست؟ (تالیفی)

الف) فرصت‌ها
ب) خدمات سلامت
ج) محیط حمایتگری برای سالم زیستن
د) مشوق‌های سلامت

۴- سرطان مثانه در کدام‌یک از شغل‌های زیر شیوع کمتری دارد؟ (تالیفی)

الف) صنایع نساجی
ب) لاستیک‌سازی
ج) کار با آفت‌کش‌ها
د) آرایشگری

۵- شایع‌ترین علت غیبت طولانی‌مدت از کار در کارمندان ادارات دولتی چیست؟ (تالیفی)

الف) استرس و درگیری‌های عضلانی
ب) سرطان‌ها
ج) سردرد
د) بیماری های عفونی

سؤال	۱	۲	۳	۴	۵
پاسخ	الف	ب	د	ج	الف
ارجاعات	ص ۴۷	ص ۴۶	ص ۴۷	ص ۴۸	ص ۴۸

فصل دهم

۱- کدام گزینه جزء توانمندی‌های مورد انتظار از مدیران است؟ *(تالیفی)*

الف) ایجاد انگیزش در کارکنان و سایر ذینفعان
ب) شبکه‌سازی
ج) تنظیم رسالت و دورنما و ارزش‌های سازمان
د) نظارت بر خدمات

۲- کدام سبک از رهبری با روش‌های ابداعی سازگاری ندارند؟ *(تالیفی)*

الف) خودکامانه
ب) معامله ای
ج) بروکراتیک
د) استراتژیک

۳- کدام‌یک از موارد زیر در اولویت بندی و هدف‌گذاری برای حل یک مشکل نقشی ندارد؟ *(تالیفی)*

الف) بار مشکل
ب) حاد بودن مشکل
ج) قابلیت حل آن مشکل
د) هزینه آن مشکل

۴- کدام نوع از ارزشیابی بر فعالیت جاری یک برنامه، جهت ارتقاء مدیریت برنامه تأکید دارد؟ *(تالیفی)*

الف) ارزشیابی تجمیعی
ب) ارزشیابی اثر
ج) ارزشیابی تکوینی
د) هیچکدام

۵- معیار ارزشیابی Efficacy بین کدام دو جزء برنامه سلامت ارتباط برقرار می‌کنند؟ *(تالیفی)*

الف) بین منابع و فعالیت‌ها
ب) بین اهداف برنامه و اثرات
ج) بین نیازهای سلامت و اهداف برنامه
د) بین فعالیت‌ها و اثرات

۶- کدام‌یک از معیارهای زیر بین Input و Output یک برنامه ارتباط برقرار می‌کند؟ *(تالیفی)*

الف) کفایت
ب) بهره‌وری
ج) تأثیر
د) اثربخشی

سؤال	۱	۲	۳	۴	۵	۶
پاسخ	د	ج	ب	ج	د	ب
ارجاعات	ص ۵۲	ص ۵۳	ص ۵۳	ص ۵۵	ص ۵۵	ص ۵۵

فصل یازدهم

۱- کدام‌یک از گزینه‌های زیر جزء کارهای اصلی یونیسف نیست؟ *(تالیفی)*

الف) حمایت از بهره‌مندی کودکان از خدمات ایمن و جامع
ب) حمایت از یادگیری کودکان
ج) حمایت از توانمندسازی دختران و زنان
د) تلاش برای قطع ازدواج کودکان

۲- وظیفه کدام نهاد بین‌المللی درست نوشته نشده است؟ *(تالیفی)*

الف) دفتر بین‌المللی کار ← تعیین حداقل استانداردها و سیاست‌گذاری‌ها برای مشاغل مختلف
ب) سازمان غذا و کشاورزی ← استاندارد کردن مواد بیولوژیک نامگذاری آنها
ج) کمیساریای عالی پناهندگان ← حمایت مالی، تغذیه‌ای، اسکان و ارائه خدمات از آوارگان جنگ و سایر حوادث
د) یونسکو ← آموزش پزشکی

۳- حمایت از قطع ختنه کردن دختران توسط کدام سازمان بین‌المللی انجام می‌شود؟ (تالیف)

الف) UNICEF ب) UNFPA ج) UNHCR د) UNESCO

سؤال	۱	۲	۳
پاسخ	د	ب	ب
ارجاعات	ص ۶۰	ص ۶۰ و ۶۱	ص ۶۰

فصل دوازدهم

۱- شاخص‌های مرتبط با تغذیه جزء کدام دسته از شاخص‌های محوری سلامت هستند؟ (تالیفی)

الف) وضعیت سلامت ب) عوامل خطر ج) پوشش خدمات د) نظام سلامت

۲- میزان مرگ حوالی عمل جراحی جزء کدام دسته از شاخص‌های محوری سلامت هستند؟ (تالیفی)

الف) وضعیت سلامت ب) عوامل خطر ج) پوشش خدمات د) نظام سلامت

۳- کدام‌یک از گزینه‌های زیر، مخرج کسر «میزان مرگ نوجوانان» است؟ (تالیفی)

الف) تعداد نوجوانان ۱۰- ۱۹ ساله ب) تعداد موالید زنده

ج) تعداد نوجوانان ۱۵ - ۱۹ ساله د) تعداد نوجوانان ۱۰- ۱۵ ساله

۴- صورت کسر «میزان مرده‌زایی» کدام‌یک از گزینه‌های زیر است؟ (تالیفی)

الف) تعداد جنین‌های به دنیا آمده بدون علائم حیاتی بعد از ۲۸ هفته بارداری

ب) تعداد جنین‌های به دنیا آمده بدون علائم حیاتی بعد از هر مقدار بارداری

ج) تعداد جنین‌های به دنیا آمده بدون علائم حیاتی سنگین‌تر از ۱ کیلوگرم

د) گزینه الف و ج

۵- مردی در سن ۷۶ سالگی به علت ابتلا ۵ ساله به سرطان پروستات فوت می‌کند. اگر ضریب ناتوانی این بیماری ۰/۶ باشد و حداقل امید به زندگی و حداکثر امید به زندگی برای مردان را ۴۵ و ۸۲ سال فرض نمایید، این بیمار چند سال از عمرش را به‌دلیل ناتوانی یا مرگ زودرس از دست داده است؟ (تالیفی)

الف) ۹ ب) ۱۱ ج) ۱۳ د) ۱۵

۶- یک آقا در سن ۵۰ سالگی به علت ابتلای ۵ ساله به سرطان فوت می‌کند. اگر ضریب ناتوانی این بیماری ۰/۵باشد و حداکثر امید به زندگی آقایان و خانم‌ها به ترتیب ۸۶/۵ و ۹۰ باشد، این آقا چند سال از عمر سالم را از دست داده است؟ (تالیفی)

الف) ۲۷/۵ ب) ۳۶/۵ ج) ۳۹ د) ۴۱/۵

۷- سهم همه بیماری‌های زیر براساس واحد DALY در ایران کمتر از جهان است بجز: (تالیفی)

الف) بیماری‌های مقاربتی و HIV ب) مالاریا و بیماری‌های گرمسیری

ج) عفونت‌های تنفسی و سل د) بیماری‌های قلبی و عروقی

۸- کدام‌یک از گزینه‌های زیر جزء ده عامل خطر مهم برای از دست دادن سال‌های عمر به دلیل مرگ زودرس یا ناتوانی در جهان نیست؟ (تالیفی)

الف) دفع نامناسب فاضلاب ب) مصرف الکل ج) عملکرد نامناسب کلیه د) آلودگی هوا

۹- کدام گزینه نادرست است؟ (تالیفی)

الف) تغییر اقلیم، در صورت غفلت از آن، می‌تواند بسیاری از دستاوردهای پیشین در زمینه بهبود سلامتی انسان‌ها را به عقب برگرداند.
ب) از عوامل خطر متابولیک می‌توان به عوامل خطر تغذیه‌ای اشاره کرد.
ج) از تهدیدات بیماری‌های عفونی واگیر می‌توان به بیماری‌های عفونی بازپدید اشاره کرد.
د) مصرف مواد جزء ده عامل خطر مهم برای از دست دادن سال‌های عمر به دلیل مرگ زودرس یا ناتوانی در ایران است.

سؤال	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹
پاسخ	ب	د	الف	د	الف	ج	د	ج	ب
ارجاعات	ص ۶۴	ص ۶۴	ص ۶۵	ص ۶۵	ص ۶۵	ص ۶۵	ص ۶۶ و ۶۷	ص ۶۷	ص ۶۷ و ۶۸

فصل سیزدهم

۱- براساس مدل ارتقای کیفیت FOCUS-PDCA پس از مرحله Understand، کدام اقدام صورت می‌گیرد؟ *(تألیفی)*

الف شفاف‌سازی کارکرد اجزای فرآیند
ب) انتخاب فعالیت معیوب جهت ارتقاء
ج) سازماندهی، یعنی مشخص کردن اجزا و مراحل کاری
د) تدوین برنامه ارتقای فعالیت

۲- کدام گزینه نادرست است؟ *(تألیفی)*

الف) اگر گزارش حوادث نامطلوب به منظور ارتقاء کیفیت خدمات انجام شود، باید موارد نزدیک به رخداد حادثه نیز در نظر گرفته و گزارش شوند.
ب) عواملی که براساس آن تحلیل و محاسبه شاخص‌ها صورت می‌گیرد می‌تواند فردی باشد مثل سن و جنس.
ج) شاخص‌های مرتبط با فرآیند ارائه خدمت، تعیین کننده وجود شرایط لازم برای انجام فرآیند می‌باشند.
د) در خدمات سلامت عدم ارائه حتی یکی از مراقبت‌ها منجر به عدم تناسب و کارآیی کل خدمت می‌شود.

سؤال	۱	۲
پاسخ	ب	ج
ارجاعات	ص ۷۲	ص ۷۲

فصل چهاردهم

۱- کدام گزینه درباره تفاوت‌های بازار خدمات سلامت با بخش‌های دیگر نادرست است؟ *(تألیفی)*

الف) برخورداری از خدمات سلامت حق بشری است و نمی‌توان کسی را به‌دلیل نداشتن امکانات مالی از آن محروم کرد.
ب) امکان پیش‌بینی نیاز به خدمات
ج) غیرقابل ذخیره بودن کالای ارائه شده در این بازار
د) محدودیت در رقابت (رعایت تعرفه)

سؤال	۱
پاسخ	ب
ارجاعات	ص ۷۶

فصل پانزدهم

۱- در بررسی وجود توجیه کافی برای یک تصمیم خاص در عرصه سلامت عمومی، همه موارد زیر باید در نظر گرفته شوند بجز:
(تالیفی)

الف) اثربخشی ب) ضرورت ج) توجیه عمومی د) شفافیت

سؤال	۱
پاسخ	د
ارجاعات	ص ۷۹